

FORMULAIRE DE CONTESTATION D'UNE DECISION DE LA CDAPH

Nom et prénom :

N° MDPH :

Date de naissance :

Adresse :

Tél et Mail :

Je conteste, **dans les 2 mois**, la décision prise par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) du : (*joindre la décision*)

Que souhaitez-vous ? Cochez une des deux cases ci-dessous

Je souhaite plus d'explications sur la décision : **Je demande une conciliation** avec une personne indépendante et extérieure à la MDPH

- Au cours d'un entretien, un conciliateur m'explique la décision prise par la CDAPH ;
- Il fait le point sur la législation en vigueur ;
- Il rédige ses conclusions dans un rapport destiné à la MDPH qui me sera transmis.

Si je ne suis toujours pas d'accord avec la décision, le conciliateur, **qui n'a aucun pouvoir de décision**, m'oriente vers un RAPO (Recours Administratif Préalable Obligatoire) ou une demande de réexamen.

Je souhaite que ma demande soit revue une 2^{ème} fois par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH : **Je dépose un Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO)**

- Je fournis tous les éléments médicaux et justificatifs à prendre en compte pour argumenter ma demande ;
- L'équipe pluridisciplinaire me contacte et réexamine ma demande ;
- La MDPH peut changer ou ne pas changer sa décision.

Si je ne suis toujours pas d'accord avec la 2^{ème} décision de la MDPH, je peux faire un recours auprès du Tribunal compétent.

Que contestez-vous ?

Le taux d'incapacité ne peut pas être contesté, cochez la ou les case(s) correspondante(s)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) | <input type="checkbox"/> Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) |
| <input type="checkbox"/> Complément de ressources | <input type="checkbox"/> Compléments d'AEEH |
| <input type="checkbox"/> Reconnaissance Travailleur Handicapé (RQTH) | <input type="checkbox"/> Mesures scolaires * |
| <input type="checkbox"/> Formation /Orientation professionnelle * | <input type="checkbox"/> Orientation en établissement et service médico-social * |
| <input type="checkbox"/> Carte Mobilité Inclusion (CMI) mention Invalidité | <input type="checkbox"/> Prestation de Compensation du Handicap (PCH)* |
| <input type="checkbox"/> Carte Mobilité Inclusion (CMI) mention Priorité | <input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) |
| <input type="checkbox"/> Carte Mobilité Inclusion (CMI) mention Stationnement | <input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels (ACFP) |
| <input type="checkbox"/> Assurance Vieillesse du Parent au Foyer (AVPF) | |

Vous pouvez apporter ici ou sur papier libre des informations complémentaires :

.....
.....
.....

* *Précisions obligatoires*

Les informations personnelles recueillies par la MDPH de Seine et Marne lors de l'examen, du traitement et du suivi de votre demande, font l'objet d'un traitement informatique. Les mentions relatives aux règles régies par le Règlement Général sur la Protection des Données sont annexées au verso dudit formulaire.

Date :

Signature :

Mentions d'information relatives au Règlement Général sur la Protection des Données

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé par le président de La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), 16 Rue de l'aluminium, 77176 Savigny-le-Temple pour aider l'utilisateur de la MDPH à formuler la contestation d'une décision de la CDAPH.

Ce traitement est basé sur le consentement des personnes concernées pour la collecte des informations ensuite le responsable de traitement instruira votre demande dans le cadre d'une mission d'intérêt public.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : les agents de la MDPH de Seine-et-Marne en charge d'instruire la contestation.

Les données sont conservées pendant toute la durée de validité des droits ouverts à l'utilisateur puis durant 5 ans à compter de la fin de validité de la dernière décision ou du décès du bénéficiaire.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou exercer votre droit à la limitation du traitement ainsi que votre droit à la portabilité des données.

Pour exercer vos droits ou pour toute question relative au traitement de vos données personnelles, vous pouvez contacter le **Délégué à la protection des données** de la MDPH par mail : dpd@departement77.fr , ou par courrier : MDPH, 16 Rue de l'Aluminium, 77176 Savigny-le-Temple.

Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.