

Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

(



															_
A -	Identification de l'e	nfant ou d	le l'adu	ılte	cor	icer	né	par	la	dem	and	le			
	Nom de naissance :														
	Nom d'épouse ou nom d	'usage :													
	Prénom(s) :														
	Sexe: O Masculir	n 🔾 Fém	ninin												
	Nationalité : O Français	e 🔾 EEE	ou Suis	se	\circ	Autr	е								
	Date de naissance :														
	Lieu de naissance : Co	ode postal :													
	Co	ommune :													
	Pa	ays : 📖													
	Si vous résidiez à l'étran	ger, précisez	votre da	te d'e	entre	ée en	Fra	nce	: 🗀						
	N° de sécurité sociale :														
	Nom de l'organisme de s	sécurité socia	ale :												
	Si vous avez déjà un n° c	de dossier M	DPH, pré	cisez	<u>'</u> :										1 1
	Le n° :						D	ans c	quel	dépa	rten	nent	?		
A2 -	Adresse actuelle de	e l'enfant (ou de l	'adu	lte	con	Icei	rné	pai	la d	len	nand	de		
	N° : Rue :														
	Complément d'adresse :														
	Code postal :	Ш с	commune	:											
	Téléphone :						Fa	x : L							
	Adresse électronique : _														
	Si vous avez élu domicile										gem	ent			
	ou d'action sociale), préd	cisez lequel :	·												_
			_						_						
A3 -	Autorité parentale d	ou délégat	tion d'a	uto	rité	par	ent	ale	(pc	our I	es	min	eui	rs)	
		Mère					Pè	ère							
	Nom:						_ _								
	Prénom :														
	N° et Rue :														
	Complément d'adresse :						_ _								
	Code postal :						L								
	Commune:						_ _								
	Téléphone :														
	Fax:														
	Adresse électronique :														
	·	I					1								

			•			
Page	2/8	Nom:		■ Pré	énom :	
	Si autre, précisez	les coordonnées d	ntale : O Mère e la personne ou orga	ınisme :		O Aut
	Complément d'ad	resse :	Commune :			
	Téléphone :			Fax :		

Adresse électronique : ____

A4 -	Représentant l	égal (pour les	adultes - le cas é	échéant)
	O Tutelle O	Curatelle simple	O Curatelle renfor	cée 🔾 Autre
	Nom de la personi	ne ou organisme : .		
	Adresse de la pers	onne ou organisme	e:N°:Rue	:
	Complément d'adr	resse :		
			Commune :	
	Téléphone :			Fax :
	Adresse électroniq	lue :		

A5 -	Identification de l'organisn	ne payeur de p	restations fami	liales	
	Précisez le numéro d'allocataire : Nom et prénom de l'allocataire : _ Nom de l'organisme :			○ MSA	O Autre
	Adresse de l'organisme : N° : Complément d'adresse :	Rue :			
	Code postal :				

 Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enf 	ant
Vous êtes : O Célibataire O Marié(e) O En couple sans être marié(e)
O Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)	
Depuis le : Nombre d'enfants à charge :	
Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :	
Nom de naissance :	
Prénom(s) : Date de naissance :	

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant Vous Vous Votre conjoint(e) Type de contrat : Date de début du contrat : en milieu protégé ESAT depuis le :

Espace réservé P 1110601 G DMDPH

A6

Page 3/8

Nom:

Prénom :

		Vous	Votre conjoint(e)
	O Stagiaire de la formation professionnelle		
	depuis le :		
	Le stage est-il rémunéré ?	O Oui O Non	O Oui O Non
	Nom de votre employeur : ou organisme de formation		
	Adresse de votre employeur : N° et Rue :		
	ou organisme de formation Complément d'adresse :		
	Code postal :		
	Commune : Téléphone de votre employeur :		
	ou organisme de formation		
	O Non salarié(e) depuis le :		
	y compris exploitant agricole, prof. Libérale Précisez à quel régime vous cotisez :		
	Inscrit(e) comme demandeur d'emploi		
	depuis le :		
	Indemnisé(e) depuis le :		
	Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	O Oui O Non	O Oui O Non
	O Retraité(e) depuis le :		
	Recevez-vous l'Allocation		
	Supplémentaire Personne Agée ?	O Oui O Non	O Oui O Non
	Avez-vous demandé une pension de retraite ?	O Oui O Non	O Oui O Non
	O Bénéficiaire d'une pension depuis le :		
	Catégorie de la pension d'invalidité :	O 1 O 2 O 3	O 1 O 2 O 3
	Rente accident du travail :	O Oui O Non	O Oui O Non
	Recevez-vous l'Allocation	O Oui O Non	O Oui
	Supplémentaire d'Invalidité ? O Autre depuis le :	O Oui O Non	O Oui O Non
	Autre depuis le : (Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH)		
	Précisez :		
A8 -	Autre situation de la personne conc	ernée	
	O Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en étal		
	O Vous êtes hospitalisé(e)		
	O Autres cas, précisez :		
	Nom de l'établissement :		
	Adresse de l'établissement : N° : F	Rue :	
	Complément d'adresse :		
	Code postal : Commune	:	
A9 -	Logement de la personne concernée d		
		Hébergé(e) chez un pa	
	O Propriétaire ou accédant à la propriété	O Autres, précisez :	

(

Espace réservé P 1110601 G DMDPH

•

|--|

Nom:

Prénom :

-	Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)
	Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment. Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation. Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail,
	logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement : Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française
	+ langue française)
	(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)
	O Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins
	Je ne souhaite pas m'exprimer
	Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation :

•

Espace réservé P 1110601 G DMDPH

(

	Demande d'Allocat	ion d'Educati	on de l'Enfan	nt Handicané	et son complémen	
	Votre enfant est-il en in					
	Types d'accueil (crèche	_	_	•		
	Types de scolarisation, établissement et service			collège, lycée, e	nseignement supérieur,	
	Si votre enfant est placé oris en charge par l'assi		•	_	ment O Oui O No	
ļ	Présence d'une personr	ne auprès de l'en	<u>ıfant</u>			
	Du fait du handicap de					
•	professionnelle à temps	•		·		
	Si vous recourez à l'emp de votre enfant, veuillez		•			
	,	•	•		•	
Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : heures Frais supplémentaires liés au handicap						
	Aides techniques, appare	-	garde, frais de tra	nsport, frais méd	icaux ou para-médicaux	
	divers (non remboursés o	•	•	otre assurance ma	aladie et/ou vos mutuelle:	
complémentaires, couches, alèses et autres).						
Ì	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				DÉDIODIOITÉ	
	NATURE DES FRAIS	·	COUTS	Docto	PÉRIODICITÉ	
		Financeurs	COUTS Montants	Reste	Semaine, mois, année	
		·	COUTS	Reste à votre charge		
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Financeurs	COUTS Montants		Semaine, mois, année	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Financeurs	COUTS Montants		Semaine, mois, année	
		Financeurs	COUTS Montants		Semaine, mois, année	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Financeurs	COUTS Montants		Semaine, mois, année	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Financeurs	COUTS Montants		Semaine, mois, année	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Financeurs	COUTS Montants		Semaine, mois, année	

 \bigoplus

Espace réservé P 1110601 G DMDPH

Nom : _

Code postal : L

Commune:_

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? Précisez :

(

Pag	6/8 Nom: Prénom:	
E -	Demande de cartes Carte d'invalidité ou de priorité Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement Carte européenne de stationnement	
F -	 Demande de prestation de compensation Prestation de Compensation - PCH Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AEEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Hand) Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP 	dicapé)
	Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ? Oui Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de : Aide humaine Précisez :) Non
	Aide technique, matériel ou équipement Précisez :	
	Aménagement du logement / Déménagement Précisez :	
	Aménagement du véhicule / surcoût du transport Précisez :	
	Charges spécifiques / exceptionnelles Précisez :	
	☐ Aide animalière Précisez :	
G -	Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse Nom : Adresse : N° : Rue : Complément d'adresse : Code postal : Commune : Date de naissance : Lien de parenté : La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.	

Demande d'Allocation aux Adult	tes Handicapés et de complément de ressou
☐ Allocation aux Adultes Handicapés	The state of the s
Dans les 12 mois précédant votre der	mande vous avez reçu :
O un revenu d'activité du :	
O un revenu issu d'une activité en E	
du: au:	
O des indemnités journalières de la s du : du : au :	Sécurité sociale
En cas de doute, précisez la nature de	u revenu :
Domando rolativo au travail	à l'amplai at à l'ariantation professionnall
Reconnaissance de la Qualité de Ti	à l'emploi et à l'orientation professionnelle ravailleur Handicané - ROTH
☐ Prime de reclassement	ravamear Handicape Refit
☐ Autre (à préciser dans le projet de v	vie, paragraphe B)
☐ Orientation / Reclassement :	○ Formation
	O Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adap
	Milieu protégé (ESAT)

J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :
O Un accueil de jour - précisez :
O Un hébergement de nuit - précisez :
O Un hébergement permanent - précisez :
O Un accompagnement - précisez :
O Autres (accueils temporaires) - précisez :
Quelle orientation souhaitez- vous ?
O Un accueil de jour (CAJ,)
O Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé)
O Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel foyer d'accueil médicalisé)
O Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH)
O Autres (accueil temporaire)
Date d'entrée souhaitée :
Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :
Nom :
Code postal : Commune :
Téléphone :

■ Pag	ge 8/8 ■ Nom :	■ Prénom	:		
K -	Procédure simplifiée				
	Qu'est-ce que la procédure simplifiée ? Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants : > le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ; > la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ; > l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention «priorité pour personne handicapée» ; > la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ; > les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.				
	Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une proc	édure simplifiée ?	Oui	○ Non	
L -	Pièces à joindre à votre demande				
	Pour toute demande merci de bien vouloir joindre : Un certificat médical daté de moins de 3 mois Une photocopie recto verso d'un justificatif d'iden	tité de la personne h	nandicapée e	t, le cas	

 \bigoplus

Fait à :		Le :
Signature :	O de la personne concernée	O de son représentant léga

(Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document

échéant, de son représentant légal

d'autorisation de séjour en France)

☐ Une photocopie d'un justificatif de domicile (pour les adultes)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

☐ Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées .

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.