

DEMANDE À LA MDPH 59

La MDPH, c'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées. La MDPH étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.

Cependant, si la personne concernée est mineure, ou protégée, son représentant légal est invité à répondre pour elle. Pour une personne majeure protégée, son tuteur répond avec elle à sa demande, et le curateur l'accompagne dans sa demande

A la fin de ce formulaire, une partie s'adresse directement à l'aidant familial de la personne

En fonction de votre situation, vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :

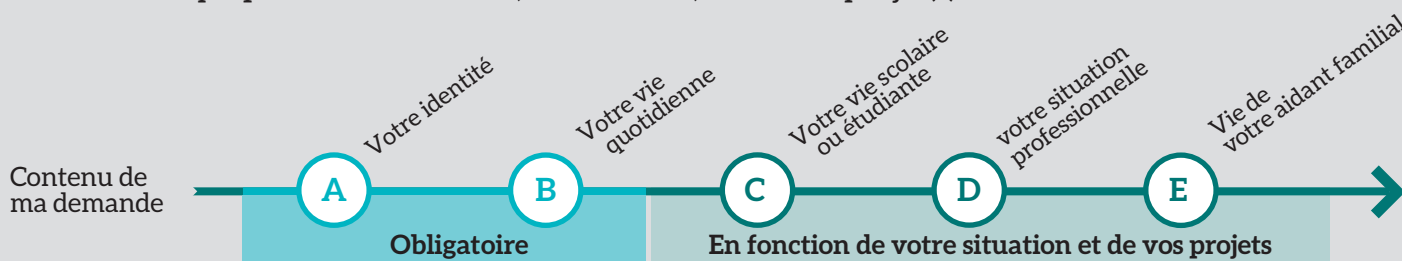
- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et un de ses compléments
- Allocation aux adultes handicapés (AAH) et son complément
- Carte d'invalidité /de priorité/ de stationnement
- Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants /adultes
- Prestation de compensation du handicap (PCH)
- Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)
- Projet personnalisé de scolarisation - parcours et aides à la scolarisation
- Orientation professionnelle et / ou formation professionnelle
- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Vous trouverez dans ce dossier :

- Le formulaire de demande à compléter
Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser aux partenaires de la MDPH 59.
Leurs coordonnées sont sur le site : <https://lenord.fr/mdph>
- La liste des documents à joindre
- Les coordonnées de la MDPH pour envoyer ou déposer votre dossier

Quelles rubriques dois-je remplir ?

Vous allez expliquer votre situation, vos besoins, votre vos projet(s) de vie et vos attentes :



Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

☐ Oui

Dans quel département :

N° de dossier :

Merci de cocher si vous êtes dans une des situations suivantes :

☐ Vous arrivez à la fin de vos droit(s) (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc ...) :

Droit :

A quelle date : / /

Droit :

A quelle date : / /

Droit :

A quelle date : / /

☐ Vous n'arrivez plus à vivre chez vous

☐ Vous risquez de perdre votre travail

☐ Votre établissement ne peut plus vous accueillir et vous ne pouvez pas retourner chez vous

☐ Vous commencez bientôt une nouvelle formation. Date d'entrée prévue :

☐ Votre école ne peut plus vous accueillir

/ /

Expliquer la difficulté :

A

Votre Identité

Renseignement obligatoire

A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Nom :
(figurant sur la carte d'identité / passeport)

Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance : / /

Nationalité : ☐ Française ☐ Union européenne

☐ Autre :

Lieu de naissance :

Code postal :

Pays :

Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France : / /

Adresse :
(numéro et rue)

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

E-Mail :

@

Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? ☐ E-Mail ☐ Appel téléphonique ☐ SMS ☐ Courrier

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel :

Organisme payeur de prestations familiales :

☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre

N° d'allocataire :

Numéro de Sécurité Sociale :

A2

Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

Qui exerce l'autorité parentale :

☐ Parent 1

☐ Parent 2

Nom :		
Prénom :		
N° et Rue :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone :		
Adresse E-Mail :		



En cas de séparation des parents, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale

A3

Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH

Vous acceptez que nous contactions ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

☐ Un proche

☐ Une association

☐ Autre

Nom et prénom de la personne :	
N° et rue :	
Complément d'adresse :	
Code postal :	
Commune :	
Téléphone :	
Adresse E-Mail :	

☐ Tuteur

☐ Curateur

☐ Autre

Nom l'organisme : (si pertinent)	
Nom de la personne :	
N° et rue :	
Complément d'adresse :	
Code postal :	
Commune :	
Téléphone :	
Adresse E-Mail :	

Nom :

Prénom:

B1 Votre vie quotidienne

Vous vivez :

- ☐ Seul
 ☐ Avec vos enfants (ou l'un d'entre eux)
 ☐ Dans un établissement (préciser le nom, le type et le lieu)
- ☐ Avec vos parents (ou l'un d'entre eux)
 ☐ En couple

☐ Autre situation, préciser :

Votre logement :

- ☐ Vous avez un logement indépendant et vous êtes :
 ☐ Propriétaire
 ☐ Locataire

Vous êtes hébergé(e) au domicile :

- ☐ De vos parents (ou l'un d'entre eux)
 ☐ De vos enfants
- ☐ D'un(e) ami(e)
 ☐ D'un autre membre de votre famille
- ☐ D'une famille d'accueil

☐ Autre situation, préciser :

Vous recevez les aides et/ou prestations suivantes :

☐ Aide financière liée à votre handicap

Pour m'assurer un revenu minimum : (ex : AAH, pensions et rentes)

Pour des dépenses liées à mon handicap : (ex : AEEH, PCH, majoration tierce personne)

☐ Aide à la personne (avec quelqu'un qui vient vous aider)

- ☐ Votre famille
 ☐ Professionnel de soins à domicile
 ☐ Un accompagnement médico-social
- ☐ Autres :

☐ Aide technique, matériel ou équipement

- ☐ Aménagement de logement
 ☐ Aménagement de véhicule
 ☐ Aides animalières
- ☐ Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur...
- ☐ Autres :

Frais liés au handicap et restant à charge

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire. Précisez notamment si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par votre situation de handicap.

Frais engagés :

Fréquence

Montant total

Montant remboursée

Précisions

B2 Vos besoins dans la vie quotidienne.

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap. Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez vos réponses à votre âge.
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière.
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous rencontrera si nécessaire.

Vous avez besoin d'aide dans votre vie quotidienne :

☐ Pour faire face aux dépenses courantes (loyer, énergie, habillement, alimentation...)

☐ Pour préparer les repas

☐ Pour gérer votre budget et répondre à vos obligations (assurances, impôts....)

☐ Pour prendre les repas

☐ Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)

☐ Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements

☐ Pour vous habiller (mettre et ôter vos vêtements, les choisir ...)

☐ Pour prendre soin de votre santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

☐ Pour faire les courses

☐ Autre besoin, préciser :

Besoin d'aide pour vous déplacer

☐ Pour se déplacer à l'intérieur du domicile

☐ Pour utiliser un véhicule

☐ Pour sortir du domicile et y accéder

☐ Pour utiliser les transports en commun

☐ Pour se déplacer à l'extérieur du domicile

☐ Pour partir en vacances

Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer : ☐ Oui ☐ Non

☐ Autre besoin, préciser :

Besoin d'aide pour votre vie sociale

☐ Pour communiquer (s'exprimer, se faire comprendre)

☐ Pour vous occuper de votre famille

☐ Pour avoir des activités culturelles, sportives et de loisirs

☐ Pour vous accompagner dans votre vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative ...)

☐ Pour les relations avec les autres

☐ Pour assurer votre sécurité

☐ Autre besoin, préciser :

B3 Vos attentes pour compenser votre situation de handicap

Vous pouvez cocher plusieurs cases :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vivre à domicile | <input type="checkbox"/> Une aide technique, du matériel ou équipement | <input type="checkbox"/> Vivre en établissement |
| <input type="checkbox"/> Une aide financière afin de m'assurer un revenu minimum | <input type="checkbox"/> Un aménagement de votre lieu de vie | <input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées à mon handicap |
| <input type="checkbox"/> Une aide humaine, avec quelqu'un qui vient vous aider | <input type="checkbox"/> Une aide à la mobilité | |

☐ Autre attente, préciser

Avez-vous éventuellement déjà identifié une structure qui pourrait répondre à vos attentes?

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle / lesquelles :

Etes-vous en contact

☐ Oui ☐ Non

Etes-vous en contact

☐ Oui ☐ Non

Votre demande concerne seulement :

☐ Une carte de stationnement



☐ Une carte d'invalidité ou de priorité

☐ Je n'ai pas d'autre demande

B Votre vie quotidienne

Vous avez d'autres renseignements importants concernant votre vie quotidienne, indiquez-les ici :



Merci de joindre **si possible** les documents justificatifs suivants.
Ils sont nécessaires à l'évaluation de votre situation et faciliteront le traitement de votre demande :

- ☐ Justificatifs, factures ou devis en votre possession concernant les frais évoqués en B1 et B3
- ☐ En cas de réduction d'activité professionnelle pour la prise en charge de l'enfant en situation de handicap : Contrat de travail, bulletin de salaire, ou attestation de l'employeur justifiant la réduction du temps de travail ou le temps de travail effectif du ou des parents
- ☐ En cas d'emploi rémunéré d'une tierce personne : Attestation d'emploi, contrat de travail, déclaration URSSAF, facture d'un SAAD, précisant le nombre d'heures d'aide humaine
- ☐ En cas d'attribution d'une pension d'invalidité avec majoration Tierce Personne, joindre une copie du justificatif

Selon votre situation et vos projets, vous pouvez remplir une ou plusieurs des rubriques suivantes. Ces parties ne sont pas obligatoires.



Nom :

Prénom:



C1 Votre situation scolaire / étudiante

Vous êtes actuellement :

- ☐ Scolarisé en milieu ordinaire
- ☐ Scolarisé à domicile
- ☐ En internat
- ☐ Scolarisé, avec accompagnement par un service ou un établissement médico-social
- ☐ Scolarisé en temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile
- ☐ En formation supérieure

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

Depuis le : / /

Si l'enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale ?

☐ Oui ☐ Non

☐ Autre, préciser :

Si vous n'êtes actuellement pas scolarisé :

☐ Vous êtes trop jeune

A partir de quand sera-t-il scolarisé ?

☐ Sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social

Précisez :

☐ Autre, préciser :



C2 Vos attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Ces attentes sont précisées dans un document particulier, le GEVAsco, élaboré avec vous par l'équipe éducative, ou par l'équipe de suivi de la scolarisation de votre enfant. Ce document est à transmettre à la MDPH afin de compléter les informations du formulaire.



☐ le formulaire GEVAsco

Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire, universitaire ou médico-social qui pourrait répondre à vos attentes ? Si oui, laquelle :

Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ? : ☐ Oui ☐ Non



Vous avez d'autres renseignements importants concernant votre vie scolaire ou étudiante, indiquez-les ici :



D1 Votre situation professionnelle

☐ Vous avez un emploi depuis le : / /

- ☐ En entreprise adaptée ☐ En milieu ordinaire
☐ En milieu protégé (Etablissements et services d'aide par le travail - ESAT)

Votre type d'emploi :

- ☐ CDI ☐ CDD ☐ Interim ☐ Contrat aidé
☐ Travailleur indépendant. Régime :

Votre employeur :

Nom :

Adresse :

Le nom du service et/ou du médecin du travail, si connu :

Votre emploi :

Nom du poste :

- ☐ Temps complet ☐ Temps partiel H/semaine

Est-il adapté à votre handicap : ☐ Oui ☐ Non

Si non préciser :

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap

☐ Des aménagements ont été réalisés sur votre poste de travail ? Préciser lesquels :

☐ Vous êtes sans emploi depuis le : / /

Avez-vous déjà travaillé : ☐ Oui ☐ Non

Si oui

Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes actuellement sans emploi et depuis quand

Votre situation :

- ☐ Êtes-vous inscrit(e) à Pôle Emploi ?
☐ En formation continue ☐ Etudiant

Préciser :

- ☐ Stagiaire de la formation professionnelle
Rémunéré : ☐ Oui ☐ Non

Préciser le nom de l'organisme :

Accompagnement vers l'emploi ou maintien dans l'emploi réalisé par :

- ☐ Mission locale ☐ Pôle Emploi
☐ Cap emploi ☐ Un référent RSA désigné par le Conseil Général
☐ Le service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)

☐ Autre situation (préciser)



D1 Votre situation professionnelle

☐ Vous êtes actuellement en arrêt de travail depuis le : / /

☐ Arrêt maladie avec indemnités journalières

☐ Arrêt maladie sans indemnités journalières

☐ Vous êtes en arrêt suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle

☐ Congé maternité



☐ Fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin du travail ou dernière fiche de visite médicale auprès du médecin travail

Avez-vous rencontré un professionnel du service social de la CARSAT :

☐ Non

☐ Oui, le

/ /

Avez-vous rencontré le médecin du travail en visite de pré-reprise ? :

☐ Non

☐ Oui, le

/ /

Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?

☐ Allocation Adulte Handicapé (AAH)

☐ Allocation chômage versée par Pôle Emploi

☐ Allocation de solidarité spécifique (ASS)

☐ Retraite pour inaptitude dans la fonction publique ou retraite anticipée

☐ Revenu de solidarité active (RSA)

☐ Aides de l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)

☐ Aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

☐ Pension d'invalidité

☐ 1^{ère} catégorie

☐ 2^{ème} catégorie

☐ Autres pension de ce type : (allocation supplémentaire d'invalidité, etc)

Majoration Tierce Personne : ☐ Oui ☐ Non



☐ Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité

☐ Rente d'accident du travail ou maladie professionnelle (Joindre la photocopie de la décision)

Taux d'incapacité permanente : %

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Autres (préciser)

☐ Vous êtes retraité depuis le : / /

Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA : ☐ Oui ☐ Non

Vous avez demandé une pension de retraite : ☐ Oui ☐ Non



D2

Votre parcours professionnel

Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

Période	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Nb d'heures par semaine	Motif de fin d'activité
du / /				
au / /				
du / /				
au / /				
du / /				
au / /				
du / /				
au / /				

Votre niveau qualification :

☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur

Dernière classe fréquentée :

Vos formations :

Si vous avez suivi une formation professionnelle, préciser laquelle / lesquelles :

Diplômes obtenus :

Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Date d'obtention	Domaine
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Si vous avez déjà effectué un bilan (compétences, module d'orientation professionnelle (MOP), pré-orientation,...) ? préciser l'année et l'organisme :

--

--

--



D3

Votre projet professionnel

Avez-vous un ou plusieurs projet(s) professionnel(s) ?

Si oui, le(s)quel(s) :

Besoin d'un soutien pour :

☐

Faire un bilan de mes capacités professionnelles

☐

Accéder à un emploi

☐

Préciser mon projet professionnel

☐

Accéder à une formation

☐

Adapter mon environnement de travail

Avez-vous éventuellement déjà identifié une structure qui pourrait répondre à vos attentes? Si oui, laquelle :

Avez-vous déjà pris contact avec cette structure ? ☐ Oui ☐ Non

Autres renseignements importants concernant votre situation professionnelle :



Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à(aux) l'aidant(s) de la personne en situation de handicap.

Vous pouvez expliquer à la MDPH l'aide que vous apportez actuellement à la personne en situation de handicap et vous pouvez exprimer vos attentes et vos besoins.



E1

Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant :

Année de
naissance :

Prénom de l'aidant :

Votre lien avec la personne en
situation de handicap :

Vivez-vous avec la personne en
situation de handicap :

☐ Non

☐ Oui depuis le

/ /

Etes vous actuellement en emploi :

☐ Oui

☐ Non

☐ Réduction d'activité liée à la prise
en charge de la personne aidée

Nature de l'aide apportée :

☐

Surveillance / présence responsable

☐

Coordination des intervenants professionnels

☐

Aide aux déplacements à l'intérieur du logement

☐

Gestion administrative et juridique

☐

Aide aux déplacements à l'extérieur

☐

Gestion financière

☐

Aide pour entretenir le logement et le linge

☐

Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.)

☐

Aide à l'hygiène corporelle

☐

Aide à la communication et aux relations sociales

☐

Aide à la préparation des repas

☐

Aide au suivi médical

☐

Aide à la prise de repas

☐

Autres (préciser)

Etes-vous dédommagé(e) pour l'aide apportée à votre proche ?

☐

Oui préciser le montant mensuel

☐

Non

Qui participe avec vous à l'accompagnement de la personne aidée ?

☐

Un (des) professionnel(s)

☐

Un (ou plusieurs) autre(s) proche(s)

☐

je suis le seul aidant du demandeur

Etes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?

☐

Je ne reçois pas d'aide

☐

Je participe à des rencontres avec
d'autres aidants

☐

Je suis soutenu individuellement

En cas d'empêchement avez-vous prévu une solution
pour vous remplacer :

☐

Oui laquelle

☐

Non



Vous êtes ou serez prochainement dans une des situations suivantes :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eloignement géographique (déménagement, ...) | <input type="checkbox"/> Problème de santé |
| <input type="checkbox"/> Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation, ...) | <input type="checkbox"/> Changement majeur dans la situation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite ...) | |

☐ Autres (préciser)

Vous avez besoin de mieux connaître les dispositifs et aides existantes :

- ☐ Pour vous ☐ Pour la personne aidée

☐ Autres (préciser)



E2

Vos attentes en tant qu'aidant familial

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pouvoir vous reposer au quotidien | <input type="checkbox"/> Obtenir une contre-partie financière |
| <input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer en cas d'un imprévu | <input type="checkbox"/> Echanger avec d'autres aidants |
| <input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances | <input type="checkbox"/> Avoir un soutien psychologique |
| <input type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle | <input type="checkbox"/> Etre conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche |
| <input type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux | <input type="checkbox"/> Etre affilié gratuitement à l'assurance vieillesse |

☐ Autres (préciser)

Avez-vous éventuellement déjà identifié une structure qui pourrait répondre à vos attentes? Si oui, laquelle :

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer concernant votre vie d'aidant :



Documents à joindre obligatoirement à votre demande

- Un certificat médical de moins de 3 mois prévu pour les demandes MDPH
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal
(Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (Pour les enfants, joindre le justificatif de domicile du représentant légal ; pour les personnes hébergées par un tiers : justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant).
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

Le : / /

Signature : ☐ De la personne concernée ☐ De son représentant légal ☐ Des deux parents (pour les mineurs)

☐ **J'accepte**, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code d'action sociale et des familles.

ou

☐ **Je n'accepte pas** que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à ce que toute information complémentaire nécessaire à la MDPH passe par moi.

☐ En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus..

Les informations que je donne sont confidentielles :

Je peux demander à rencontrer la CDAPH.

La CDAPH, c'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Créée par la loi 2005-102 du 11 février 2005, elle prend les décisions d'attribution des droits aux personnes avec un handicap sur la base de l'évaluation et des propositions de la MDPH.

Une évaluation approfondie va maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous recontactera si nécessaire.

Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.

**Vous recevrez par courrier
une réponse à votre
demande dans environ**



M.D.P.H. 59
Formulaire de demande(s)

MDPH 59- Siège

21 rue de la toison d'or - BP 20 372
59666 Villeneuve d'ascq

Accueil physique :

du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h

Accueil téléphonique :

du lundi au vendredi de 8h30 à 16h sans interruption