

# Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

## A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance :

Nom d'épouse ou nom d'usage :

Prénom(s) :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Nationalité : ☐ Française ☐ EEE ou Suisse ☐ Autre

Date de naissance :

Lieu de naissance : Code postal :

Commune :

Pays :

Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France :

N° de sécurité sociale :

Nom de l'organisme de sécurité sociale :

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :  
Le n° :  Dans quel département ?

## A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° :  Rue :

Complément d'adresse :

Code postal :  Commune :

Téléphone :  Fax :

Adresse électronique :

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

## A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° et Rue :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complément d'adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse électronique :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Précisez qui détient l'autorité parentale :** ☐ Mère ☐ Père ☐ Les deux ☐ Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Fax : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

#### A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

☐ Tutelle ☐ Curatelle simple ☐ Curatelle renforcée ☐ Autre

Nom de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne ou organisme : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Fax : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

#### A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_ ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre

Nom et prénom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune : \_\_\_\_\_

#### A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ En couple sans être marié(e)

☐ 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

☐ Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :

Type de contrat :

Date de début du contrat :

Date de fin du contrat :

en milieu protégé ESAT

depuis le :

**Vous**

**Votre conjoint(e)**

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

	<b>Vous</b>	<b>Votre conjoint(e)</b>
<input type="radio"/> <b>Stagiaire</b> de la formation professionnelle depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de votre employeur : ou organisme de formation	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse de votre employeur : N° et Rue : ou organisme de formation Complément d'adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> <b>Non salarié(e)</b> depuis le : y compris exploitant agricole, prof. Libérale	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Précisez à quel régime vous cotisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi</b> depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indemnisé(e) depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Retraité(e)</b> depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Bénéficiaire d'une pension</b> depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Autre</b> depuis le : (Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### A8 - Autre situation de la personne concernée

- ☐ Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social
- ☐ Vous êtes hospitalisé(e)
- ☐ Autres cas, précisez : \_\_\_\_\_
- Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_
- Adresse de l'établissement : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_
- Complément d'adresse : \_\_\_\_\_
- Code postal :      Commune : \_\_\_\_\_

### A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- ☐ Locataire, sous-locataire ou co-locataire ☐ Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
- ☐ Propriétaire ou accédant à la propriété ☐ Autres, précisez : \_\_\_\_\_

## B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Le 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)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

- ☐ 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 : \_\_\_\_\_



**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 Handicapé)

- ☐ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
- ☐ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ? ☐ Oui ☐ Non

**Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :**

- ☐ Aide humaine

Précisez : \_\_\_\_\_

- ☐ 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.

## H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

☐ Allocation aux Adultes Handicapés - AAH

☐ Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

☐ un revenu d'activité

du :  au :

☐ un revenu issu d'une activité en ESAT

du :  au :

☐ des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du :  au :

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

\_\_\_\_\_

## I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

☐ Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH

☐ Prime de reclassement

☐ Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)

☐ Orientation / Reclassement :

☐ Formation

☐ Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)

☐ Milieu protégé (ESAT)

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

**Quelle est votre situation** actuelle ? Vous bénéficiez de :

☐ Un accueil de jour - précisez : \_\_\_\_\_

☐ Un hébergement de nuit - précisez : \_\_\_\_\_

☐ Un hébergement permanent - précisez : \_\_\_\_\_

☐ Un accompagnement - précisez : \_\_\_\_\_

☐ Autres (accueils temporaires ...) - précisez : \_\_\_\_\_

**Quelle orientation souhaitez- vous ?**

☐ Un accueil de jour (CAJ, ...)

☐ Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)

☐ Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)

☐ Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)

☐ Autres (accueil temporaire ...)

**Date d'entrée souhaitée :**

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

Nom : \_\_\_\_\_

Code postal :  Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :

**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 procédure 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'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 adultes)
- ☐ Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature : ☐ de la personne concernée ☐ de son représentant légal

« 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 . Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au correspondant informatique et libertés : [cil@valdoise.fr](mailto:cil@valdoise.fr)

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

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH



## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AU FORMULAIRE DE DEMANDE

Nom : ..... Prénom : .....

### Demandes concernant le volet enfant :

Si la demande concerne un enfant, merci de préciser, en complément du paragraphe "C – Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé" :

- **le temps de scolarisation** par semaine et les soins éventuels, en vous aidant du tableau « emploi du temps » (au dos de cette page)
- les éléments concernant **les soins** dont l'enfant peut bénéficier, à préciser ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Demandes concernant le volet adulte :

Si votre demande concerne l'insertion professionnelle, merci de remplir la **fiche de parcours professionnel** jointe à ce dossier et de joindre votre **curriculum vitae actualisé**.

En cas d'orientation vers UNIRH 95, vers Pôle Emploi ou vers un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) :

- ☐ j'autorise la MDPH
- ☐ je n'autorise pas la MDPH

(cocher l'une des deux cases)

à transmettre des informations sur les éventuelles contre-indications que je pourrais avoir pour occuper certains emplois.

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
8h – 9h							
9h – 10 h							
10h – 11h							
11h – 12h							
12h – 13h							
13h – 14h							
14h – 15h							
15h – 16h							
16h – 17h							
17h – 18h							
18h – 19h							
19h – 20h							
nuit							

## **RECAPITULATIF DES PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU DOSSIER**

### **Pour les ENFANTS :**

- Un justificatif de domicile (résidence principale) des 3 derniers mois du représentant légal (père, mère, tuteur légal, autre)  
ou attestation d'hébergement accompagnée d'un justificatif d'identité de l'hébergeant et de ses justificatifs d'hébergement des 3 derniers mois,  
ou une copie du carnet de circulation justifiant le domicile des 3 derniers mois,
- En cas de divorce ou de séparation : fournir un jugement précisant la résidence habituelle de l'enfant et le nom et l'adresse de l'autorité parentale. En l'absence de jugement, fournir une attestation précisant la résidence habituelle de l'enfant,
- Si l'enfant vit avec d'autres personnes que ses parents, fournir :
  - un jugement de délégation d'autorité parentale
  - ou un jugement de tutelle ou tout autre document justifiant des liens avec l'enfant.
- Pour toute demande : une photocopie lisible d'un des documents ci-dessous au nom du représentant légal de l'enfant :
  - carte nationale d'identité
  - ou livret de famille
  - ou passeport
  - ou extrait d'acte de naissance
  - ou titre de séjour.

### **Pour les ADULTES :**

- Un justificatif de domicile (résidence principale) des 3 derniers mois  
ou attestation d'hébergement de l'hébergeant + justificatif d'identité de l'hébergeant + justificatif de domicile (résidence principale) des 3 derniers mois de l'hébergeant  
ou une copie du carnet de circulation justifiant le domicile des 3 derniers mois.
- Pour les personnes handicapées admises en établissements sanitaires et sociaux, chez un particulier agréé au titre du placement familial, dans un logement appartenant à un service médico-social ou dans un appartement thérapeutique : justificatif des 3 mois antérieurs à l'entrée dans la structure.
- Pour toute demande : une photocopie lisible d'un des documents ci-dessous au nom de l'usager et, le cas échéant, de son représentant légal.
  - carte nationale d'identité
  - ou livret de famille
  - ou passeport
  - ou extrait d'acte de naissance
  - ou titre de séjour.

### **Pour tous les demandeurs (ADULTES et ENFANTS) :**

- un certificat médical daté de moins de 3 mois, rempli par votre médecin traitant et à remettre sous pli confidentiel (cf. enveloppe réservée au certificat médical),
- une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant).