

# 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  FémininNationalité :  Française  EEE ou Suisse  Autre

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Si vous résidez 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**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

N° et Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**Père**



	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> <b>Stagiaire de la formation professionnelle</b> depuis le : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	_____	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> <b>Non salarié(e)</b> depuis le : y compris exploitant agricole, prof. Libérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez à quel régime vous cotisez :	_____	
<input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi</b>	depuis le : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisé(e) depuis le : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 : Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="checkbox"/>	<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 : Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :	_____	

**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)

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)

- 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 : \_\_\_\_\_

**C - Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément**Votre enfant est-il en internat ?  Oui  NonDepuis le : 

Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico social ou sanitaire ...)

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

 Oui  Non**Présence d'une personne auprès de l'enfant**

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité

professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ?  Oui  Non

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : \_\_\_\_\_ heures par semaine

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : \_\_\_\_\_ heures

**Frais supplémentaires liés au handicap**

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS			PÉRIODICITÉ
	Financeurs sollicités	Montants Obtenus	Reste à votre charge	
				Semaine, mois, année, occasionnelle
TOTAL				

**D - Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social**

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

---



---



---



---

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

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

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

**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 AFTP

- 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 précédent 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" :

- C – Demande d’Allocation d’Education 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

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

**Emploi du temps de l'enfant (Nom prénom) \_\_\_\_\_**

Pages complémentaires au formulaire Cerfa n° 13788\*01

**Date :** \_\_\_\_\_

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

## 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 :
  - o un jugement de délégation d'autorité parentale
  - o 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 :
  - o carte nationale d'identité
  - o ou livret de famille
  - o ou passeport
  - o ou extrait d'acte de naissance
  - o 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.
  - o carte nationale d'identité
  - o ou livret de famille
  - o ou passeport
  - o ou extrait d'acte de naissance
  - o 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).