



# Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH



N° 13788\*01

## 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 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	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH



	Vous	Vous	Vous	Vous
	Vous		Votre conjoint(e)	
<input type="radio"/> <b>Stagiaire</b> de la formation professionnelle	depuis le :		depuis le :	
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="radio"/> <b>Non salarié(e)</b>	depuis le :		depuis le :	
y compris exploitant agricole, prof. Libérale	_____		_____	
Précisez à quel régime vous cotisez :	_____		_____	
<input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi</b>	depuis le :		depuis le :	
	_____		_____	
Indemnisé(e) depuis le :	_____		_____	
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 :		depuis le :	
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 :		depuis le :	
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1
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 :		depuis le :	
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)	_____		_____	
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 : \_\_\_\_\_





**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 .

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