cerfa N°15692*01

DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles

La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.

Ce formulaire se déploiera progressivement sur le territoire national entre le 1er septembre 2017 et le 1er mai 2019.
*À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13788*01 .*

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

À qui s'adresse ce formulaire ?

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.
Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.
Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection, son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.
En fonction des conditions prévues par la réglementation, vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :

- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments
- Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments
- Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)
- 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)

Que dois-je remplir ?

- ☐ **C'est ma première demande à la MDPH**
- ☐ **Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé**
- ☐ **Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits**

→ **Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E**

- ☐ **Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé**

→ **Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire**

- ☐ **Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins**

→ **Votre aidant familial peut remplir la partie F**

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

☐ Oui Dans quel département : ..... N° de dossier : .....

A Votre identité

Renseignements obligatoires

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

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Nom de naissance : ..... Nom d'époux/se ou d'usage : .....

Prénoms : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Nationalité : ☐ Française ☐ Espace Économique Européen ou Suisse ☐ Autre

Commune de naissance : ..... Département : .....

Pays de naissance : ☐ France ☐ Autre, préciser : .....

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

Complément d'adresse (si besoin précisez le nom de la personne qui vous héberge) : .....

Adresse (numéro et rue) : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Commune : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Adresse 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 son nom : .....

Organisme payeur de prestations familiales/RSA : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre N° d'allocataire : .....

Organisme d'assurance maladie : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ RSI ☐ Autre (préciser) : .....

Votre numéro de Sécurité Sociale : ☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer son numéro de sécurité sociale : ☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

A2 Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle (pour les mineurs)

Qui exerce l'autorité parentale :

	☐ Parent 1 ou représentant légal 1	☐ Parent 2 ou représentant légal 2
Nom :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Date de naissance :	.....	.....
Adresse (numéro et rue) :	.....	.....
Complément d'adresse :	.....	.....
Code postal :	.....	.....
Commune :	.....	.....
Pays :	.....	.....
Téléphone :	.....	.....
Adresse e-mail :	.....	.....

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

Nom : Prénom:

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 de l'association (si pertinent) :	.....
Nom et prénom de la personne :	.....
N° et rue :	.....
Complément d'adresse :	.....
Code postal :	.....
Commune :	.....
Téléphone :	..... Adresse e-mail : .....

A4 Vous bénéficiez d'une mesure de protection

	Représentant légal 1	Représentant légal 2 (le cas échéant)
Type de mesure de protection (tutelle, curatelle, curatelle renforcée, habilitation familiale) :	.....	.....
Nom de l'organisme (si pertinent) :	.....	.....
Nom de la personne :	.....	.....
Date de naissance :	.....	.....
N° et rue :	.....	.....
Complément d'adresse :	.....	.....
Code postal :	.....	.....
Commune :	.....	.....
Téléphone :	.....	.....
Adresse e-mail :	.....	.....

A5 Vous pensez être dans une situation nécessitant un traitement rapide de votre demande

Merci de cocher si vous pensez être dans une des situations suivantes :

- ☐ Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous
- ☐ Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir
- ☐ Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement
- ☐ Vous risquez rapidement de perdre votre travail
- ☐ Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation

Date d'entrée prévue : ...../...../.....

Expliquer la difficulté :

.....

.....

☐ Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc…)

Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance :

.....

A Documents à joindre obligatoirement à votre demande

Renseignements obligatoires

- Un certificat médical de moins de 6 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)

☐ J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :

.....

.....

Le : ...../...../.....

Signature :

☐ De la personne concernée

☐ De son représentant légal

☐ Des deux parents (pour les mineurs)

Signature :

☐ **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 de l'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 répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.

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

☐ **Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants :**

- Renouvellement d'un droit ou d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas évolué,
- Reconnaissance des conditions nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de l'aidant d'une personne handicapée,
- Attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH),
- Situation d'urgence.

Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçu(e) par la CDAPH.

Les informations que vous donnez sont confidentielles. La loi vous donne le droit d'être reçu par 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.**

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

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 rectification 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.

Vous recevrez par courrier une réponse à votre demande dans environ **4** Mois

M.D.P.H.
Formulaire de demande

MDPH

Accueil physique :

Accueil téléphonique :

B1 Votre vie quotidienne

Vous vivez : ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ Avec vos parents (ou l'un d'entre eux) ☐ Avec vos enfants (ou l'un d'entre eux)

☐ Autre situation, préciser : .....

Où vivez-vous ?

☐ Vous avez un logement indépendant et vous êtes : ☐ propriétaire ☐ locataire

☐ Dans un établissement médico social ou de soin (préciser le nom, le type et le lieu)

.....

Vous êtes hébergé(e) au domicile
(pensez à indiquer son nom et son adresse dans le bloc A1) :

☐ De vos parents (ou l'un d'entre eux) ☐ De vos enfants (ou l'un d'entre eux)

☐ D'un(e) ami(e) ☐ D'un autre membre de votre famille

☐ D'une famille d'accueil

☐ Autre situation, préciser : .....

Avez-vous déjà eu ? ☐ Un accident causé par un tiers ☐ Un accident du travail

☐ Un autre accident, préciser : .....

Suite à cet accident y a-t-il une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Si oui, auprès de quel organisme : .....

Aide financière et ressources

Vous recevez les aides, ressources et/ou prestations suivantes :

☐ Allocation aux adultes handicapés (AAH) ☐ Revenu de solidarité active (RSA)

☐ Allocation chômage versée par Pôle Emploi ☐ Allocation de solidarité spécifique (ASS)

Dans les 12 mois précédant votre demande, avez-vous perçu :

☐ Un revenu d'activité ☐ Des indemnités journalières

☐ Un revenu issu d'une activité en ESAT Du : ..... / Au : .....

Pension d'invalidité : ☐ 1re catégorie ☐ 2e catégorie ☐ 3e catégorie depuis le : ...../...../.....

☐ Autres pensions de ce type : (pension des deux tiers, d'incapacité, etc…) .....

☐ Majoration tierce personne ☐ Allocation supplémentaire d'invalidité

☐ Rente d'accident ou maladie professionnelle ☐ Prestation complémentaire de recours à tierce personne

☐ Retraite pour inaptitude dans la fonction publique ou retraite anticipée depuis le : ...../...../.....

Taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) : ..... %

- Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité
- Copie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

☐ Pension de retraite Vous êtes retraité(e) depuis le : ...../...../.....

☐ Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées)

☐ Vous avez demandé une pension de retraite

☐ Vous êtes bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

☐ **Aide technique, matériel ou équipement**

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

☐ **Aide à la personne** (avec quelqu'un qui aide)

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

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.
Si vous travaillez à temps partiel, veuillez préciser la quotité : ..... %.

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.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

B2 Vos besoins dans la vie quotidienne

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

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaitre par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parent(s) ;
- 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.

Besoin pour la vie à domicile

- ☐ Pour régler les dépenses courantes (loyer, énergie, habillement, alimentation…)
- ☐ Pour gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives assurances, impôts…)
- ☐ Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)
- ☐ Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir…)
- ☐ Pour faire les courses
- ☐ Pour préparer les repas
- ☐ Pour prendre les repas
- ☐ Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements
- ☐ Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation …)
- ☐ Autre besoin, préciser : .....

Besoin pour se déplacer

- ☐ Pour se déplacer dans le domicile
- ☐ Pour sortir du domicile ou y entrer
- ☐ Pour se déplacer à l'extérieur du domicile
- ☐ Pour utiliser un véhicule
- ☐ Pour utiliser les transports en commun
- ☐ Pour partir en vacances

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

☐ Autre situation, préciser : .....

Besoin pour la vie sociale

- ☐ Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre
- ☐ Pour avoir des activités sportives et des loisirs
- ☐ Pour les relations avec les autres
- ☐ Pour s'occuper de sa famille
- ☐ Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative…)
- ☐ Pour assurer sa sécurité

☐ Autre besoin, préciser : .....

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

- ☐ Vivre à domicile
- ☐ Vivre en établissement
- ☐ Un aménagement du lieu de vie
- ☐ Une aide humaine : quelqu'un qui aide
- ☐ Une aide pour se déplacer
- ☐ Du matériel ou équipement
- ☐ Une aide financière pour des dépenses liées au handicap
- ☐ Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne
- ☐ Un accueil temporaire en établissement
- ☐ Une aide animalière
- ☐ Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne
- ☐ Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D)

☐ Autre attente, préciser : .....

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil, d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos attentes ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lequel / lesquels : ..... Êtes-vous en contact ☐ Oui ☐ Non

..... Êtes-vous en contact ☐ Oui ☐ Non

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) 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 service à domicile, précisant le nombre d'heures d'aide humaine
- En cas d'attribution d'une pension de retraite ou d'une pension d'invalidité avec Majoration tierce personne, ou d'une rente accident du travail maladie professionnelle avec prestation pour recours à une tierce personne, joindre une copie du justificatif

C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

C1 Situation scolaire

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :

- ☐ En milieu ordinaire
- ☐ À domicile
- ☐ Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social
- ☐ En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile
- ☐ En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire
- ☐ En formation supérieure

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

.....

.....

Depuis le : ..... / ..... / .....

☐ Autre, préciser : .....

Si l'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

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

☐ Il est trop jeune

À partir de quand sera-t-il scolarisé ?

.....

☐ Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social

Préciser :

.....

☐ Autre, préciser : .....

Si vous êtes étudiant ou en apprentissage :

Type d'études :

.....

Diplôme(s) obtenu(s) :

.....

Diplôme(s) préparé(s) :

.....

Nom de l'établissement :

.....

Rue :

.....

Ville :

.....

Depuis le : ..... / ..... / .....

C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Établissement(s)

Vous disposez actuellement d'accompagnements ou de soins :

- ☐ Soins hospitaliers
- ☐ Soins en libéral
- ☐ Autre, préciser : .....

Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :

- ☐ Aménagements et adaptations pédagogiques
- ☐ Outils de communication
- ☐ Matériel informatique et audiovisuel
- ☐ Matériel déficience auditive
- ☐ Matériel déficience visuelle
- ☐ Mobilier et petits matériels
- ☐ Transport
- ☐ Autre, préciser : .....

Vous disposez actuellement d'une aide humaine aux élèves handicapés :

- ☐ Si oui, préciser laquelle : .....

Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux…) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soirée/nuit							

C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

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

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaitre par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- 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.

Besoins en lien avec les apprentissages

- ☐ Pour lire
- ☐ Pour écrire, prendre des notes
- ☐ Pour calculer
- ☐ Pour comprendre, suivre les consignes
- ☐ Pour organiser, contrôler son travail
- ☐ Pour l'utilisation du matériel
- ☐ Autre, préciser : .....

Besoins pour communiquer

- ☐ Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre
- ☐ Pour les relations avec les autres
- ☐ Pour assurer sa sécurité
- ☐ Autre, préciser : .....

Besoins pour l'entretien personnel

- ☐ Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)
- ☐ Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements)
- ☐ Pour les repas (manger, boire)
- ☐ Pour prendre soin de sa santé
- ☐ Autre, préciser : .....

Besoins pour se déplacer

- ☐ Pour se déplacer à l'intérieur des locaux
- ☐ Pour se déplacer à l'extérieur des locaux
- ☐ Pour utiliser les transports en commun
- ☐ Autre, préciser : .....

Nom : Prénom:

C3 Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

- ☐ Une adaptation de la scolarité
- ☐ Une orientation scolaire différente
- ☐ Une aide humaine
- ☐ Une aide matérielle
- ☐ Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation
- ☐ Une prise en charge par un établissement sans hébergement
- ☐ Une prise en charge par un établissement avec hébergement
- ☐ Autre, préciser : .....

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

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

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le «GEVAsco». Le GEVASco, c'est un guide de recueil de données que vous remplissez avec le directeur d'établissement (première demande) ou l'enseignant référent (réexamen).
Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.

Pour les enfants scolarisés joindre impérativement le formulaire GEVASco pour toute demande de renouvellement d'aide pour la scolarisation et si possible pour toute première demande à ce propos.

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre enseignant référent, indiquez pourquoi :

.....
.....
.....

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie scolaire, étudiante ou apprentissage, indiquez-les ici :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel

D1 Votre situation

☐ Vous avez un emploi depuis le : ...../...../.....

☐ En milieu ordinaire ☐ En entreprise adaptée

☐ En milieu protégé (Établissements et services d'aide par le travail – ESAT)

Votre type d'emploi :

☐ CDI ☐ CDD ☐ Interim ☐ Contrat aidé

Votre employeur :

Nom : .....

Adresse : .....

.....

☐ Stagiaire de la formation professionnelle

Rémunéré : ☐ Oui ☐ Non

Préciser le nom de l'organisme : .....

☐ Travailleur indépendant. Régime :

.....

Votre emploi :

.....

☐ Temps complet

☐ Temps partiel

Si temps partiel, fournir une copie du contrat de travail

Est-il adapté à votre handicap ? ☐ Oui ☐ Non, préciser :

.....

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vous bénéficiez ou avez bénéficié d'un accompagnement pour conserver votre emploi :

☐ Par un service de santé au travail ☐ Par le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)

Fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin de santé au travail ou dernière fiche de visite médicale auprès du médecin de santé au travail.

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

.....

.....

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

☐ Arrêt maladie avec indemnités journalières

☐ Arrêt maladie sans indemnités journalières

☐ Arrêt suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle

☐ Congé maternité / congé d'adoption / autres

Avez-vous rencontré un professionnel du service social de votre caisse de retraite ? ☐ Non ☐ Oui, le ...../...../.....

Avez-vous rencontré le médecin de santé au travail en visite de pré-reprise ? ☐ Non ☐ Oui, le ...../...../.....

Nom : Prénom:

D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel

☐ Vous êtes sans emploi depuis le : ……/……/……..

Avez-vous déjà travaillé : ☐ Oui ☐ Non

Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes actuellement sans emploi :

……..
……..
……..
……..
……..
……..

Votre situation :

☐ Inscrit(e) à Pôle Emploi

☐ En formation continue. Préciser :

……..
……..

☐ Étudiant(e) (dans ce cas compléter également la partie C)

Depuis le : ……/……/……..

Accompagnement vers l'emploi réalisé par :

☐ Mission locale ☐ Cap emploi ☐ Pôle Emploi ☐ Un référent RSA désigné par le Conseil Départemental

☐ Autres, préciser : ……..

Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?

☐ 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)

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou d'une orientation professionnelle valant RQTH (orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées vers un ESAT, vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP) ? ☐ 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 :

Année(s)	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Temps plein ou partiel	Motif de fin d'activité
Exemple : 1998 6 mois	Hôtesse de caisse	E leclerc	Temps partiel	Fin du CDD

Votre niveau de qualification :

☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur

Dernière classe fréquentée : .....

Vos formations :

Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), préciser laquelle / lesquelles :

.....

.....

.....

Diplômes obtenus :
Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

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

.....

.....

Nom : Prénom:

D3 Votre projet professionnel

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous besoin d'un soutien pour :

- ☐ Faire un bilan de vos capacités professionnelles
- ☐ Préciser votre projet professionnel
- ☐ Adapter votre environnement de travail
- ☐ Accéder à un emploi
- ☐ Accéder à une formation

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 (situation, attentes, projets) concernant votre situation professionnelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E Expression des demandes de droits et prestations

E1 Demandes relatives à la vie quotidienne

Les droits et les prestations délivrés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sont soumis à certaines conditions, notamment liées à l'âge :

Vous avez moins de 20 ans :

- ☐ Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments
- ☐ Prestation de compensation du handicap (PCH)
- ☐ Carte mobilité inclusion - Mention invalidité
  (le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité
- ☐ Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement
- ☐ Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Vous avez plus de 20 ans :

- ☐ Allocation aux adultes handicapés (AAH). Dans ce cas, compléter également la partie D.
  La loi prévoit que la MDPH évalue le droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et à l'orientation professionnelle lorsqu'une demande d'AAH est formulée. (Sous certaines conditions, le droit à l'AAH peut être ouvert avant l'âge de 20 ans.)
- ☐ Complément de ressources
- ☐ Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) pour adultes
- ☐ Maintien en établissement ou service médico-social (ESMS) au titre de l'amendement Creton
- ☐ Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (en cas de renouvellement ou de révision)
- ☐ Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) (en cas de renouvellement ou de révision)
- ☐ Prestation de compensation du handicap (PCH)
- ☐ Carte mobilité inclusion - Mention invalidité
  (le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité
- ☐ Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement
- ☐ Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

E2 Demandes relatives à la vie scolaire

- ☐ Parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social. Préciser éventuellement votre demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

E3 Demandes relatives au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle (Dans ce cas, compléter aussi la partie D)

☐ Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

☐ Orientation professionnelle

- ☐ Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) ou Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)
- ☐ Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- ☐ Marché du travail ☐ Avec accompagnement par le dispositif Emploi accompagné

« Le dispositif emploi accompagné propose un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle du travailleur handicapé et à son employeur. Peuvent être bénéficiaires de ce dispositif les travailleurs handicapés :

- *ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,*
- *accueillis dans un établissement ou service d'aide par le travail ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,*
- *déjà en emploi en milieu ordinaire de travail, rencontrant des difficultés particulières pour sécuriser leur insertion professionnelle. »*

Bénéficiez vous de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) ?

Dans ce cas il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH car l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés vaut RQTH.

Vous bénéficiez de l'OETH si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- Titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- Ancien militaire ou assimilé, titulaire d'une pension militaire d'invalidité à condition que votre invalidité ait réduit de deux tiers votre capacité de travail ou de gain ;
- Veuve ou orphelin de victime militaire de guerre ou de titulaire de pension militaire d'invalidité (sous certaines conditions) ;
- Titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;
- Titulaire de la carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité ;
- Titulaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Par ailleurs certaines orientations professionnelles valent RQTH. Ainsi, il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH si vous bénéficiez d'une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vers un Établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP). »

Vous venez de formuler une demande de droits et prestations.

Conformément à la loi du 11 février 2005, l'équipe de la MDPH peut proposer à la décision de la CDAPH, sur la base de l'examen de votre situation et de l'expression de vos besoins, l'ouverture de droits complémentaires.

F Vie de votre aidant familial

Si vous souhaitez exprimer des besoins en tant qu'aidant familial

Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à l'aidant familial de la personne en situation de handicap. L'aidant familial, c'est une personne de l'entourage qui aide la personne en situation de handicap au quotidien. Si plusieurs aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, remplissez une feuille pour chacun. 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.

F1 Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant : .....

Prénom de l'aidant : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse de l'aidant : .....

Nom de la personne aidée : .....

Votre lien avec la personne en situation de handicap : .....

Vivez-vous avec la personne en situation de handicap : ☐ Non ☐ Oui, depuis le ...../...../.....

Êtes-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
- ☐ Aide aux déplacements à l'intérieur du logement
- ☐ Aide aux déplacements à l'extérieur
- ☐ Aide pour entretenir le logement et le linge
- ☐ Aide à l'hygiène corporelle
- ☐ Aide à la préparation des repas
- ☐ Aide à la prise de repas
- ☐ Coordination des intervenants professionnels
- ☐ Gestion administrative et juridique
- ☐ Gestion financière
- ☐ Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.)
- ☐ Aide à la communication et aux relations sociales
- ☐ Aide au suivi médical
- ☐ Autre, préciser : .....

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

Êtes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?

☐ Non ☐ Oui, préciser : .....

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ? ☐ Oui, laquelle : ..... ☐ Non .....

Nom : Prénom:

F Vie de votre aidant familial

Si vous souhaitez exprimer des besoins en tant qu'aidant familial

Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

- ☐ Éloignement géographique (déménagement…)
- ☐ Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation…)
- ☐ Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite…)
- ☐ Problème de santé
- ☐ Changement majeur dans la situation professionnelle
- ☐ Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge…)
- ☐ Autre, préciser : .....

F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

- ☐ Pouvoir vous reposer au quotidien
- ☐ Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin
- ☐ Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu
- ☐ Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances
- ☐ Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle
- ☐ Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux
- ☐ Obtenir une contrepartie financière
- ☐ Échanger avec d'autres aidants
- ☐ Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche
- ☐ Avoir un soutien psychologique
- ☐ Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche
- ☐ Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse
- ☐ Autre, préciser : .....

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

.....

.....

Vous souhaitez mieux connaître les dispositifs et aides existants :

☐ Pour vous ☐ Pour la personne aidée

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature de l'aidant :