

Formulaire MDPH expérimental

Ceci est un document de travail qui n'a pas de valeur légale et qui n'a pas vocation à être diffusé en l'état.

Il ne peut pas être utilisé pour faire une demande auprès de la MDPH.

Ceci est le prototype d'une mise à jour du formulaire IMPACT, produit dans le cadre de la FDR Feuille de route des MDPH 2022.

Pour nous donner votre avis sur ce formulaire, vous pouvez répondre au questionnaire de consultation du 8 juillet au 12 août 2022 compris.

Vous trouverez la consultation en suivant le lien ci-dessous :
[Consultation Formulaire MDPH](#)

À qui s'adresse ce formulaire ?

Ce formulaire s'adresse au demandeur :

- Si vous avez moins de 18 ans, vos parents répondent pour vous et **signent le formulaire**.
- Si vous avez plus de 18 ans et avez une mesure de protection, votre tuteur répond avec vous ou votre curateur vous accompagne dans votre demande.

Avant de faire une demande à la MDPH, vous pouvez avoir des renseignements.

- Vous pouvez contacter la MDPH. Vous trouverez ses coordonnées sur le site internet : www.cnsa.fr/annuaire-des-mdph
- Vous pouvez regarder le site internet www.monparcourshandicap.gouv.fr . Vous trouverez des informations sur les droits, aides et démarches liées au handicap.
- Si vous avez des difficultés à remplir le formulaire de demande, vous trouverez des fiches qui expliquent la démarche en facile à lire et à comprendre sur le site internet de la CNSA : <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees/publications-de-la-cnsa/les-fiches-en-facile-a-lire-et-a-comprendre>

Quels aides pouvez-vous demander avec ce formulaire ?

Aides pour les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans	Aides pour TOUS les publics (enfants, jeunes et adultes)	Aides pour les adultes à partir de 18 ans et pour les mineurs émancipés
<p>Allocation d'Éducation de l'Enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments</p> <p>Parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social (ESMS).</p>	<p>Prestation de compensation du handicap (PCH)</p> <p>Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS)</p> <p>Carte mobilité inclusion – Mention invalidité (le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité</p> <p>Carte mobilité inclusion – Mention stationnement</p> <p>Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)</p> <p>Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)</p>	<p>Allocation aux adultes handicapés (AAH)</p> <p>Complément de ressources (uniquement en cas de renouvellement ou de révision)</p> <p>Allocation compensatrice tierce personne (ACTP) ou Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) (uniquement en cas de renouvellement ou de révision)</p> <p>Maintien en établissement médico-social (EMS) au titre de l'amendement Creton</p> <p>Orientation professionnelle et/ou Formation professionnelle</p>

Comment faire votre demande à la MDPH ?

Votre demande contient :

- Le formulaire de demande rempli.
- Votre certificat médical (Cerfa n°15695) signé et rempli par votre médecin.
- Les documents justificatifs, regardez la liste des documents à joindre à votre dossier en page 19.

i Pensez à faire votre demande au moins 6 mois avant la fin de l'une de vos aides.

Notice de demande à la MDPH

Comment remplir votre formulaire ?

Vous pouvez remplir le formulaire papier ou en ligne sur le site de la MDPH.

Vous pouvez trouver ce formulaire sur : www.service-public.fr/demandeMDPH

Il y a plusieurs parties dans le formulaire de demande. Ces différentes parties ont des couleurs différentes. En fonction de votre situation, vous devez remplir certaines parties que vous donnerez à la MDPH.

Si vous choisissez de remplir le formulaire papier : pensez à écrire de manière lisible et n'agrafez pas les pages.

Vous pouvez être dans l'une des situations suivantes :

Les parties à remplir obligatoirement

- C'est votre première demande à la MDPH
- Vous avez déjà une aide, vous voulez informer la MDPH que votre situation médicale, administrative, familiale ou votre projet a changé.
- Vous avez déjà une aide, vous voulez que la MDPH ré-évalue vos besoins et/ou révise vos droits.

Vous devez remplir :

La première page du formulaire, Signature et consentement.

La partie bleue [A] Votre identité

La partie verte [B] Vie quotidienne

Si vous avez besoin d'aide à l'école, la partie violette [C] Vie scolaire ou étudiante .

Si vous avez besoin d'aide pour avoir ou garder un travail, la partie bleue [D] Projet professionnel.

Les autres parties ne sont pas obligatoires.

- Vous avez déjà une aide, cette aide va s'arrêter et vous voulez renouveler cette aide.

Vous devez remplir :

Les deux premières pages du formulaire, Signature et consentement et la partie verte Expression des aides.

Les autres parties ne sont pas obligatoires.

- Une personne vous aide au quotidien (votre aidant). Elle souhaite exprimer sa situation et ses besoins.

Votre aidant peut remplir la partie rose [F] Vie de l'aidant familial .

Remplir cette partie n'est pas obligatoire.

Comment donner votre dossier à la MDPH ?

Quand votre dossier de demande est complet : vous l'envoyez par courrier, par mail ou vous le déposez directement à l'accueil de la MDPH du département où vous habitez. Gardez une copie de votre dossier.

La MDPH vous informe par courrier de la réception de votre dossier. Gardez ce courrier.

S'il manque des documents ou des informations dans votre dossier, vous serez contacté par la MDPH.

Comment se passe l'étude de votre dossier ?

Les professionnels de la MDPH vont regarder votre dossier. A partir de vos documents et des informations que vous aurez écrites, ils vont chercher les aides auxquelles vous pourriez avoir droit et qui vous seront utiles.

Plus vous fournirez d'informations, plus vous aiderez la MDPH à bien comprendre votre situation.

Les professionnels proposeront à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de vous donner ces aides. La CDAPH décidera si ces aides vous seront données.

Vous avez le droit d'être reçu par la CDAPH le jour où votre dossier est présenté. Vous pouvez contacter la MDPH pour vous renseigner.

Comment la MDPH vous informe-t-elle de la réponse de la CDAPH ?

Vous recevrez la réponse de la MDPH par courrier. Vous retrouverez dans ce courrier la décision de la CDAPH.

Si vous n'êtes pas d'accord, dans les 2 mois après le courrier, vous pouvez le dire à la MDPH et faire un recours.

Vous avez déjà une aide et vous avez déménagé dans un autre département.

Informez votre MDPH d'origine que vous avez déménagé avant de faire votre dossier de demande auprès de votre nouvelle MDPH.

Signature et consentement

 **Partie à compléter obligatoirement pour toute demande**

Identité du demandeur :

Nom : Nom d'usage:
Prénom(s) :
Date de naissance (exemple : 30 10 1958) :
Commune où vous habitez :

Adresse e-mail :
Numéro de téléphone (exemple : 0123456789 ou +34 123 456 789) :
Si besoin, comment souhaitez-vous que la MDPH vous contacte ?
 E-mail Appel téléphonique SMS Courrier

Je certifie sur l'honneur fournir des informations exactes dans ce formulaire

Signature(s) :

La personne qui signe est :

- Le demandeur
 Son représentant légal
 Pour les mineurs, **les deux parents** ou **représentants légaux** doivent signer

Date :

J'accepte, que les professionnels de la MDPH échangent avec les professionnels qui m'accompagnent pour mieux connaître ma situation et mes besoins.

ou

Je n'accepte pas que les professionnels de la MDPH échangent avec les professionnels qui m'accompagnent. Je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.

-  • Un certificat médical **de moins de 1 an**. Vous devez utiliser le Cerfa n° 15695 et le donner à votre médecin généraliste ou spécialiste qui connaît bien votre handicap.

Les informations que vous donnez sont confidentielles.

Vos données personnelles sont utilisées par la Maison départementale des personnes handicapées pour étudier votre demande et XXX

Vous pouvez accéder, rectifier, effacer et limiter vos données en vous adressant au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@xxxx.fr (moyen de contacter le DPO de l'organisme qui traite les données). Pour en savoir plus : XXX (url).

Expression des demandes de droits et prestations

Vous pouvez cocher les aides dont vous souhaitez bénéficier et qui vous semblent correspondre à vos besoins.

i Si vous souhaitez vous renseigner sur ces aides, vous pouvez contacter la MDPH et regarder sur le site internet : <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides>

Aides pour les enfants et les jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans

- Allocation d'Éducation de l'Enfant handicapé (AEEH)** voire un de ses compléments
- Parcours de scolarisation et /ou de formation avec ou sans accompagnement par établissement ou service médico-social.** Préciser éventuellement votre demande :

Aides pour tous les publics (enfants, jeunes et adultes)

- Prestation de compensation du handicap (PCH)**
- Orientation vers un **établissement ou service médico-social (ESMS)**
- Carte mobilité inclusion :**
 - Mention invalidité** (si nécessaire avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou **mention priorité**
 - Mention stationnement**
- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)**

Aides pour les adultes et les mineurs émancipés

- Allocation aux adultes handicapés (AAH)**
- Complément de ressources** (uniquement en cas de demande de renouvellement ou de révision de l'aide)
- Allocation compensatrice tierce personne (ACTP) ou Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP)** (uniquement en cas de demande de renouvellement ou de révision de l'aide)
- Maintien en **établissement médico-social (EMS)** au titre de l'amendement Creton
- Affiliation gratuite à l'**assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)**
- Orientation professionnelle :
 - Établissements et services de préorientation et de réadaptation professionnelle ou Unité d'évaluation et réentrainement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour les personnes cérébro-lésées (UEROS)
 - Marché du travail ordinaire
 - Mention du travail ordinaire avec accompagnement par le dispositif Emploi accompagné
 - Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)

A1 Votre identité

 Si vous avez déjà un dossier à la MDPH. Remplissez uniquement les informations qui ont changé.

Sexe : Homme Femme

Pays de naissance : Commune ou ville de naissance :

Département de naissance :

Nationalité : Française Espace économique Européen ou Suisse Autre

Numéro de Sécurité Sociale :

Adresse, numéro et voie :

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

Lieu-dit ou commune déléguée ou boîte postale :

Code postal : Ville ou Commune :

Pays :

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

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

Numéro d'allocataire :

Organisme d'assurance maladie : CPAM MSA RSI Autre (précisez) :



- Une photocopie d'un document justificatif de domicile.
- Une photocopie d'une pièce d'identité

A2 Pour les mineurs : l'identité de votre représentant légal

 Si vous avez déjà un dossier à la MDPH. Remplissez uniquement les informations qui ont changé.

Qui exerce l'autorité parentale ? Représentant légal 1 Représentant légal 2
(cochez un et/ou les deux)

Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse, numéro et voie :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complément d'adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville ou Commune :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse e-mail :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>



- Une photocopie d'un justificatif d'identité du ou des représentants légaux
- 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

A3 Vous êtes aidé dans vos démarches auprès de la MDPH

 Si vous avez déjà un dossier à la MDPH. Remplissez uniquement les informations qui ont changé.

En donnant ces informations, vous acceptez que les professionnels de la MDPH prennent contact avec la personne qui vous aide dans vos démarches. Cette personne accepte d'être contactée par la MDPH.

Qui est l'aidant ? un proche une association autre

Nom de l'association (si pertinent) :	<input type="text"/>	
Nom et prénom de l'aidant :	<input type="text"/>	
Adresse, numéro et voie :	<input type="text"/>	
Complément d'adresse :	<input type="text"/>	
Code postal :	<input type="text"/>	Ville ou Commune : <input type="text"/>
Numéro de téléphone :	<input type="text"/>	
Adresse e-mail :	<input type="text"/>	

A4 Vous êtes majeur et bénéficiez d'une mesure de protection.

Type de protection: tutelle, curatelle renforcée, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale.

 Si vous avez déjà un dossier à la MDPH. Remplissez uniquement les informations qui ont changé.

Représentant légal 1 Représentant légal 2

Type de protection :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de l'organisme (si pertinent) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse ,numéro et voie :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complément d'adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville ou Commune :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse e-mail :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 • une photocopie intégrale de votre attestation de jugement

A5 Vous pensez être dans l'une des situations suivantes :

Merci de cocher si vous pensez être dans une ou plusieurs des situations.

Vos aides arrivent à échéance dans moins de 2 mois (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc.)

Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) :

Vous n'arrivez plus à vivre chez vous

Si le demandeur est un enfant, l'école ne peut plus l'accueillir

Vous sortez d'hospitalisation et ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement

Vous risquez rapidement de perdre votre travail

Vous pensez trouver un emploi ou commencez bientôt une nouvelle formation Date prévue

Expliquer la difficulté :

Décrivez dans la partie B votre situation actuelle et la façon dont votre handicap impacte votre vie de tous les jours. Vous pourrez également indiquer vos besoins pour compenser votre handicap.

B1 Votre vie quotidienne actuelle

Vous vivez : Seul(e) Avec vos parents(ou l'un d'entre eux) Avec vos enfants
 Autre situation, préciser : _____
 Dans 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 :
 Chez vos parents (ou l'un d'entre eux) Chez vos enfants Chez un autre membre de votre famille
 Chez un ou une amie Dans une famille d'accueil
 Autre situation, préciser : _____

Vous avez eu un accident causé par un tiers : Oui Non
Vous avez eu un autre accident que causé par un tiers : Oui Non préciser : _____
Suite à l'accident y a-t-il une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti ? Oui Non
Si oui, auprès de quel organisme : _____

Vous : Avez un ou plusieurs enfants Êtes en situation de monoparentalité
 Attendez un enfant Date prévue d'accouchement :

Précisez pour vos enfants :
Nom: _____ Prénom : _____ Date de naissance :
Nom: _____ Prénom : _____ Date de naissance :

Si vous avez plus de deux enfants, vous pouvez joindre sur papier libre ces informations pour chaque enfant.

 • Un extrait d'acte de naissance pour chacun de vos enfants.

Vos aides financières et ressources actuelles

Vous avez les aides suivantes :
 Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) Allocation chômage versée par Pôle Emploi
 Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) Revenu de Solidarité Active (RSA)

Dans les 12 derniers mois, vous avez reçu :
 Un revenu d'activité (salaire)
 Des indemnités journalières Du : Au :
 Un revenu issu d'une activité en ESAT

Vous avez une pension d'invalidité : Depuis le :
 1ère catégorie 2ème catégorie 3ème catégorie
 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) : _____ %

 • Une photocopie d'un justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité
• Une photocopie de la décision de rente d'accident de travail ou maladie professionnelle

Vous êtes retraité : depuis :

- Pension de retraite ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Âgées)
 APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
 Vous avez demandé votre retraite



- En cas de pension de retraite ou d'invalidité avec Majoration tierce personne, ou d'une rente accident du travail maladie professionnelle avec prestation pour recours à une tierce personne, une copie du justificatif

Vos aides techniques et matérielles actuelles

Vous avez les aides suivantes :

- Aménagement de logement Aménagement de véhicule Aides animalières
 Aides techniques (précisez) : par exemple barre d'appui, déambulateur :
 Autre, précisez :

Vous bénéficiez de l'aide à la personne de :

- Votre famille Un accompagnement médico-social Un professionnel de soins à domicile
 Autre, précisez :

Frais liés au handicap et restant à charge

Indiquez les frais non remboursés et les frais remboursés partiellement par l'assurance maladie ou votre mutuelle complémentaire.

Description des frais engagés	Fréquence	Montant total €	Montant remboursé €	Précisions (description)



- Photocopie de justificatifs, factures ou devis.

Si l'un des parents remplit le dossier pour son enfant en situation de handicap :

Du fait du handicap de votre enfant, vous travaillez en temps partiel ou avez renoncé à votre emploi : Oui Non

Si le parent du demandeur travaille à temps partiel, précisez la quotité : %.

Si vous rémunérez une tierce personne pour vous aider à prendre soin de votre enfant :

Veillez préciser le temps de rémunération : heures par semaine.

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



- Pour les mineurs, si les représentant légaux ont réduit leur activité professionnelle, une photocopie du contrat de travail, bulletin de salaire, ou attestation de l'employeur qui justifie la réduction du temps de travail ou travail effectif.
- Si vous employez une personne tierce : attestation d'emploi, contrat de travail, déclaration URSSAF, facture d'un service à domicile, qui précise le nombre d'heures d'aide humaine

B2 Vos besoins dans votre vie quotidienne actuelle

Pour la vie à domicile

Vous avez besoin d'aide :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pour faire les courses | <input type="checkbox"/> Pour régler les dépenses courantes
(loyer, énergie, habillement, alimentation...) |
| <input type="checkbox"/> Pour prendre les repas | <input type="checkbox"/> Pour gérer votre budget et répondre aux obligations
(démarches administratives, assurances, impôts...) |
| <input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle
(se laver, aller aux toilettes) | <input type="checkbox"/> Pour prendre soin de votre santé
(suivre un traitement, aller en consultation ...) |
| <input type="checkbox"/> Pour préparer les repas | <input type="checkbox"/> Pour vous habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...) |
| <input type="checkbox"/> Pour vous occuper de vos enfants | <input type="checkbox"/> Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements |
| <input type="checkbox"/> Autre besoin, préciser : <input type="text"/> | |

Pour vous déplacer

Vous avez besoin d'aide :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pour rester debout plus de 15 minutes | <input type="checkbox"/> Pour utiliser un véhicule |
| <input type="checkbox"/> Pour vous déplacer dans le domicile | <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun |
| <input type="checkbox"/> Pour sortir du domicile ou y entrer | <input type="checkbox"/> Pour partir en vacances |
| <input type="checkbox"/> Pour vous déplacer à l'extérieur du domicile | |
| Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| <input type="checkbox"/> Autre besoin, préciser : <input type="text"/> | |

Pour la vie sociale

Vous avez besoin d'aide :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pour vous exprimer, vous faire comprendre, entendre | <input type="checkbox"/> Pour vous occuper de votre famille |
| <input type="checkbox"/> Pour avoir des activités sportives et des loisirs | <input type="checkbox"/> Pour assurer votre sécurité |
| <input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres | <input type="checkbox"/> Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex :
aller voter, vie associative ...) |
| <input type="checkbox"/> Autre besoin, préciser : <input type="text"/> | |

B3 Vos souhaits pour compenser la situation de handicap

Vous souhaiteriez :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vivre à domicile | <input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie | <input type="checkbox"/> Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Une aide pour vous déplacer | <input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées au handicap | <input type="checkbox"/> Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D) |
| <input type="checkbox"/> Un accueil temporaire en établissement | <input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> Une aide à la parentalité |
| <input type="checkbox"/> Vivre en établissement | <input type="checkbox"/> Une aide humaine | |
| <input type="checkbox"/> Du matériel ou équipement | | |
| <input type="checkbox"/> Une aide animalière | | |

Établissement ou service d'accueil

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil, d'accompagnement ou de soin pour vous accompagner au quotidien ? Oui Non

Si oui, lequel:

Êtes-vous en contact: Oui Non

Expression libre

ⓘ Répondre dans ce champ d'écriture libre est fortement recommandé.

Expliquez à la MDPH comment vous vivez et ressentez votre handicap dans votre vie de tous les jours. Ce paragraphe aide les professionnels de la MDPH à comprendre vos besoins et la façon dont vous vivez votre handicap. Vous pouvez ajouter des feuilles libres et joindre tout document appuyant votre récit. Vous pouvez être accompagné par un proche ou par votre MDPH pour vous aider à rédiger cette partie.

Remplissez la partie C si vous souhaitez que votre enfant soit accompagné dans sa scolarité ou si vous souhaitez être accompagné dans votre vie étudiante.

Pour les enfants scolarisés, les besoins sont précisés dans le GEVAsco. Le GEVAsco c'est un formulaire que vous remplissez avec le directeur ou l'enseignant référent de l'établissement de votre enfant. Renseignez-vous auprès de l'établissement avant de faire votre demande MDPH.

 • GEVAsco

i En cas de renouvellement, si vous joignez le GEVAsco à votre demande, vous n'êtes pas obligé de compléter la partie C

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec l'établissement pour remplir le GEVAsco, indiquez pourquoi :

C1 Situation scolaire du demandeur

L'enfant est actuellement scolarisé :

- 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
- Autre, préciser :

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

Depuis le :

L'enfant est admis en internat : Oui Non

Ses frais de séjour sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale : Oui Non

L'enfant n'est pas scolarisé actuellement :

- Il est trop jeune Quand sera-t-il scolarisé ?
- Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social
- Autre préciser :

Vous êtes étudiant ou en apprentissage :

Depuis le :

Type d'études :

Diplôme(s) obtenu(s) :

Diplôme(s) préparé(s) :

Nom de l'établissement :

Numéro et voie :

Ville ou commune : Code postal :

Parcours étudiant ou d'apprentissage de la personne en situation de handicap :

Année(s)	Établissement(s)

Si le demandeur dispose actuellement d'accompagnements ou de soins, précisez:

Soins hospitaliers
 Soins en libéral
 Autre, préciser :

Le demandeur a actuellement des conditions matérielles adaptées :

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

Le demandeur a actuellement une aide humaine aux élèves handicapées (AESH): Oui Non

Préciser :

Emploi du temps actuel (renseignez les plages horaires de présence dans l'établissement et celles consacrées à l'accompagnement et aux soins, indiquez le lieu) :

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

C2 Les besoins dans la vie du demandeur

Besoins pour apprendre

La personne a besoin d'aide :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pour lire | <input type="checkbox"/> Pour organiser, contrôler son travail |
| <input type="checkbox"/> Pour calculer | <input type="checkbox"/> Pour comprendre, suivre les consignes |
| <input type="checkbox"/> Pour écrire, prendre des notes | <input type="checkbox"/> Pour l'utilisation du matériel |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | |

Besoins pour communiquer

La personne a besoin d'aide :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre | <input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres |
| <input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité | <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ |

Besoins pour l'entretien personnel

La personne a besoin d'aide :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes) | <input type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements) |
| <input type="checkbox"/> Pour les repas (manger, boire) | <input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | |

Besoins pour se déplacer

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'intérieur des locaux | <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur des locaux |
| <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun | <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ |

C3 Les souhaits en matière de vie scolaire, périscolaire ou étudiante du demandeur.

Cochez les souhaits du demandeur :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Une adaptation de la scolarité | <input type="checkbox"/> Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation |
| <input type="checkbox"/> Une orientation scolaire différente | <input type="checkbox"/> Une prise en charge par un établissement sans hébergement |
| <input type="checkbox"/> Une aide humaine | <input type="checkbox"/> Une prise en charge par un établissement avec hébergement |
| <input type="checkbox"/> Une aide matérielle | <input type="checkbox"/> Autre, préciser : |

Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire, universitaire ou médico-social qui pourrait répondre à ses besoins ?
Si oui, lequel ? _____

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

Vous avez d'autres renseignements importants concernant la vie scolaire, étudiante du demandeur, indiquez-les ici :



D1 Votre situation professionnelle

Vous avez actuellement un emploi

Depuis le (jour, mois, année) :

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

Votre emploi est-il adapté à la situation de handicap ? Non

Quelles sont vos difficultés liées à votre handicap sur votre lieu de travail ?

Type d'emploi : Temps complet Temps partiel
 CDI CDD Interim Contrat aidé

- Si vous êtes en emploi à temps partiel : une photocopie de votre contrat de travail

Nom de l'Employeur :

Adresse, numéro et voie :

Stagiaire de la formation professionnelle :

Rémunéré : Oui Non

Préciser le nom de l'organisme :

Travailleur indépendant , préciser le régime :

Vous êtes accompagné pour garder votre emploi :

- Par le service de santé au travail
 Par le service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)
 Des aménagements ont été réalisés sur le poste de travail. Préciser lesquels :

Vous êtes en arrêt de travail

Depuis le (jour, mois, année):

- Arrêt maladie avec indemnités journalières Arrêt suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle
 Arrêt maladie sans indemnités journalières Congé maternité / congé d'adoption / autres

Vous avez rencontré un professionnel du service social de votre caisse de retraite :

Non Oui, le :

Vous avez rencontré le médecin de santé au travail en visite de pré-reprise :

Non Oui, le :

Vous êtes actuellement sans emploi

Depuis le (jour, mois, année):

Vous avez déjà travaillé : Oui Non

Pourriez-vous indiquer pourquoi vous êtes sans emploi :



Projet professionnel (avec ou sans emploi)

Renseignements obligatoires si votre demande concerne le projet professionnel (avec ou sans emploi)

Vous êtes actuellement :

Inscrit(e) à Pôle Emploi..... Depuis le :

En formation continue. Depuis le :

Préciser :

Étudiant(e) (alors, compléter également le module C) Depuis le :

Vous bénéficiez d'un accompagnement vers l'emploi réalisé par :

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

Autres, préciser :

Vous bénéficiez 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)

Vous bénéficiez 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 établissement et services de réadaptation professionnelle - ESRP) :

Oui Non

D2 Votre parcours professionnel

Merci de préciser les 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

Niveau de qualification :

Primaire Secondaire Supérieur

Dernière classe fréquentée :

Les formations : Vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), précisez laquelle / lesquelles :



Diplômes obtenus , merci de préciser le(s) dernier(s) diplôme(s) :

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

Si vous avez déjà effectué un bilan (compétences, module d'orientation professionnelle -MOP, etc.) précisez :

L'année : et l'organisme :

D3 Votre projet professionnel

Vous avez un ou plusieurs projet(s) professionnel(s), si oui, le(s)quel(s) :

Vous avez 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 ses besoins? Oui Non

Si oui, laquelle :

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

Autres renseignements importants sur votre situation professionnelle :

Avez-vous d'autres renseignements importants concernant votre situation professionnelle ?

Par exemple, vous pouvez indiquer si vous devez réduire votre activité en raison de votre handicap.

Autre exemple : Indiquez les besoins et les compétences nécessaires à développer pour aider à l'insertion professionnelle visée.

L'aidant familial, c'est une personne de l'entourage qui aide le demandeur au quotidien. Si plusieurs aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, remplissez une feuille pour chacun d'entre eux. 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.

i Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à l'aidant familial du demandeur.

E1 Situation et besoins de l'aidant familial

Identité de l'aidant familial

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse de l'aidant :

Nom et prénom du demandeur :

Votre lien avec le demandeur :

Vivez-vous avec le demandeur : Non Oui, depuis le :

Vous êtes actuellement en emploi :
 Oui Non Réduction d'activité liée à la prise en charge de la personne aidée

Nature de l'aide apportée :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Surveillance / présence responsable | <input type="checkbox"/> Coordination des intervenants professionnels |
| <input type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'intérieur du logement | <input type="checkbox"/> Gestion administrative et juridique |
| <input type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'extérieur | <input type="checkbox"/> Gestion financière |
| <input type="checkbox"/> Aide pour entretenir le logement et le linge | <input type="checkbox"/> Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'hygiène corporelle | <input type="checkbox"/> Aide à la communication et aux relations sociales |
| <input type="checkbox"/> Aide à la préparation des repas | <input type="checkbox"/> Aide au suivi médical |
| <input type="checkbox"/> Aide à la prise de repas | |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : <input type="text"/> | |

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 ?

Non Oui, laquelle :

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Éloignement 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) | |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuiement, avancée en âge...) | |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : <input type="text"/> | |

E2 Vos souhaits en tant qu'aidant familial

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

Avez-vous éventuellement déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos souhaits ?
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 :

Signature :

Date:

P.3 Signature et consentement

Vérifiez que vous avez bien complété cette partie :

- Mail ou téléphone (bien lisible) pour être contacté
- Date et Signature. Les signatures des parents sont obligatoires
- Acceptation ou non du partage d'informations entre la MDPH et les professionnels qui vous accompagnent. Il faut obligatoirement cocher l'une des deux cases.

 Joignez les copies lisibles des documents suivants :

- Un certificat médical **de moins de 1 an**. Vous devez utiliser le Cerfa n° 15695 et le donner à votre médecin généraliste ou spécialiste qui connaît bien votre handicap.
-  **C'est important qu'il explique les difficultés que vous avez dans votre vie à cause de votre handicap. Il doit dater, signer et tamponner le document**
- Si vous avez d'une mesure de protection juridique : une photocopie intégrale de votre jugement.

P.2 Expression des demandes d'aides

Vous êtes dans la situation suivante : "Vous avez déjà une aide, cette aide va s'arrêter et vous voulez continuer à avoir cette aide". Vous souhaitez donc un renouvellement à l'identique car vos informations et votre situation n'ont pas changé.

Vérifiez que vous avez bien complété cette partie :

- Cochez les aides que vous souhaitez renouveler
-  **Attention : Si cette page et la partie B ne sont pas remplies, ni l'une ni l'autre, la MDPH ne pourra pas évaluer votre dossier**

Pour toutes les autres situations (première demande, réexamen de vos aides et changement de situation) :

Vous pouvez cocher les droits et prestations dont vous souhaiteriez bénéficier. Cocher n'est pas obligatoire.

A Votre identité

Vérifiez que vous avez bien complété cette partie :

- Si vous avez déjà un dossier à la MDPH, remplissez uniquement les informations qui ont changé dans les sections A1, A2, A3 et A4
- Pour les enfants, indiquez en A2 les informations des deux représentants légaux qui ont l'autorité parentale
- Pour les adultes qui bénéficient d'une mesure de protection, remplissez A4.
- En A5, informez la MDPH que vos aidants s'arrêtent dans moins de 2 mois en cochant la case

Si vous n'avez pas de dossier à la MDPH, **OU** que vos informations ont changé depuis votre dernière demande, **OU** que vos documents ont changé depuis votre dernière demande :

 Joignez les copies lisibles des documents suivants :

- Une photocopie d'un document justificatif de domicile. Pour les mineurs, 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
- Si vous êtes français, suisse ou d'un pays de l'Union Européenne, une photocopie de votre carte d'identité ou passeport
- Dans les autres cas, une photocopie de votre titre de séjour ou document valide d'autorisation de séjour en France. Au moment de votre demande MDPH, **le titre doit être valide pendant encore au moins 6 mois.**
- Pour les mineurs ou pour les adultes sous mesure de protection: une photocopie d'un justificatif d'identité du ou des représentants légaux. Carte nationale d'identité valide, passeport valide, titre de séjour valide ou tout autre document d'autorisation de séjour en France valide encore 6 mois minimum
- Pour les mineurs : si les parents se séparent, s'il y a eu une délégation de l'autorité parentale ou de tutelle, une photocopie de jugement de garde ou d'autorité parentale.

B Votre vie quotidienne

Obligatoire pour toutes les situations sauf en cas de demande de renouvellement des aides car votre situation ou vos informations n'ont pas changé.

Vérifiez que vous avez bien complété cette partie :

- Décrivez votre situation, vos souhaits et vos projets en page 10
Si vous avez rédigé cette partie sur une feuille à part, joignez-la au formulaire
- Pour un dossier «enfant», décrivez les besoins et les souhaits de l'enfant dans la vie quotidienne (ceux des parents doivent être exprimés au volet E)

 Joignez les copies lisibles des documents suivants (si pertinent) :

- Une photocopie d'un justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité
- Une photocopie de la décision de rente d'accident de travail ou maladie professionnelle
- En cas de pension de retraite ou d'invalidité avec Majoration tierce personne, ou d'une rente accident du travail maladie professionnelle avec prestation pour recours à une tierce personne, une copie du justificatif
- Un extrait d'acte de naissance pour chacun de vos enfants.
- Pour les mineurs, si les représentants légaux ont réduit leur activité professionnelle, une photocopie du contrat de travail, bulletin de salaire, ou attestation de l'employeur qui justifie la réduction du temps de travail ou travail effectif.

Pour justifier les frais liés à votre handicap :

- Photocopie de justificatifs, factures ou devis.
- Si vous employez une personne tierce : attestation d'emploi, contrat de travail, déclaration URSSAF, facture d'un service à domicile, qui précise le nombre d'heures d'aide humaine

C Vie scolaire ou étudiante

Obligatoire si le demandeur va ou est scolarisé.

Complétez cette partie obligatoirement si le demandeur va ou est scolarisé.

Vérifiez que vous avez bien complété cette partie :

- Pour les enfants scolarisés ou non scolarisés : remplissez la section correspondante en C1
- Pour les étudiants ou apprentis, remplissez la section correspondante en C1
- Décrivez les souhaits et projets en page 13 en lien avec les apprentissages

 Joignez une copie lisible du document suivant :

- Si le demandeur a déjà une aide pour la scolarisation, le formulaire GEVASco rempli, daté et signé par son établissement.

 **Contactez le directeur de son établissement avant de faire votre demande MDPH.**

D Votre projet professionnel (avec ou sans emploi)

Complétez cette partie obligatoirement si vous êtes majeur et souhaitez trouver ou garder un emploi.

Vérifiez que vous avez bien complété cette partie :

- Pour les majeurs en emploi : remplissez la section correspondante en D1
- Pour les majeurs en arrêt de travail : remplissez la section correspondante en D1
- Pour les majeurs sans emploi : remplissez la section correspondante en D1
- Décrivez votre parcours et projet professionnel en page X
- Si vous souhaitez compléter le tableau en section D2, vous pouvez joindre votre CV

 Joignez les copies lisibles des documents suivants :

- Si vous êtes en emploi à temps partiel : une photocopie de votre contrat de travail
- Si vous avez reçu un accompagnement pour garder votre emploi : une 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.

E Vie de l'aidant familial

Cette partie n'est pas obligatoire

Les personnes qui vous aident au quotidien peuvent expliquer à la MDPH leur situation.
Remplir cette partie est encouragé pour mieux connaître l'aide qu'elles vous apportent et évaluer vos besoins.