

JENILE

Comment remplir son dossier MDPH ?

Pour une demande de PCH Aides Techniques

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 ?

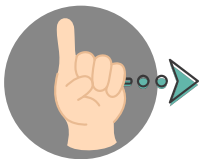
Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.
Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.
Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection, son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

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 :

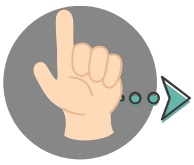
- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments
- Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments
- Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)
- Orientation vers un établissement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

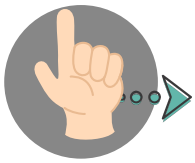
Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

☐ Oui Dans quel département : N° de dossier :

JENILE

Si c'est un renouvellement :

Que dois-je remplir ?



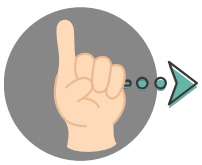
☐ C'est ma première demande à la MDPH ☐ Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé ☐ Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits	Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser 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 : .....

Si c'est une première demande :

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 obligatoi

JENILE

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

Sexe : ☐ Homme ☑ Femme

Nom de naissance : **DUPONT** Nom d'époux/se ou d'usage :

Prénoms : **Léna, Charlène, Bérangère** Date de naissance : **12 / 07 / 1985**

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

Commune de naissance : **Paris** Département : **75**

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) : **38 rue de la Reine Léna**

Code postal : **75008** Commune : **PARIS** Pays : **France**

SMS uniquement Téléphone : **07.69.62.62.61** Adresse e-mail : **lavieestbelle@gmail.com**

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 : **1234567**

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

Votre numéro de Sécurité Sociale : **2 8 5 0 7 7 5 0 5 9 0 4 7 2 5**

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

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) :	**SARL Jenile International**
Nom et prénom de la personne :	**Charlène MANCARDI**
N° et rue :	**40 boulevard de Nesles**
Complément d'adresse :	
Code postal :	**77420**
Commune :	**Champs-Sur-Marne**
Téléphone :	**01.60.05.10.21** Adresse e-mail : **contact@jenile.com**

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 u[illegible]uation n[illegible]essitant un traitement rapide de[illegible] demande

Merci de cocher si vous pensez [illegible]s une des situations suivantes :

☐ Vous n'arrivez plus à vivre chez vo[illegible] risquez de ne plus arriver à vivre

☐ Votre école ne peut plus vous ac[illegible] votre école risque de ne plus pouvoi[illegible]ccueillir

☐ Vous sortez d'hospitalisation et v[illegible]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 obligatoi

JENILE

- 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

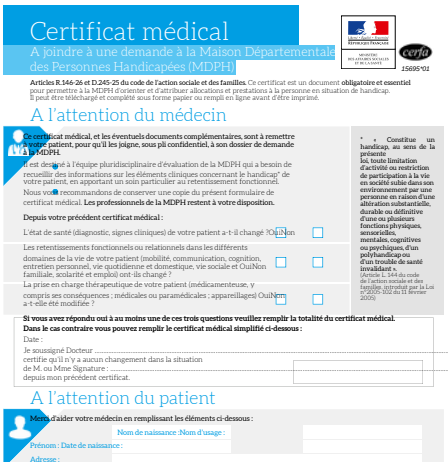
Accueil physique :

Accueil téléphonique :

Nom : **Dupont**

Prénom: **Léna**

pièces à donner avec le dossier :


Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

cerfa 15695*02

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin

Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre par votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.

Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? Oui Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et Oui Non familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ?

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) Oui Non a-t-elle été modifiée ?

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical.

Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Date :

Je soussigné Docteur .....

certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ou Mme Signature :

depuis mon précédent certificat.

A l'attention du patient

Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance :Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

* Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». (Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

Certificat médical de la MDPH rempli par votre medecin



Photocopie de ta pièce d'identité (avant/arrière)



Justificatif de domicile (facture électricité, eau, téléphone, ...)

Votre devis ou votre facture acquittée datant de moins de 6 mois

Ne pas remplir sauf si première demande

JENILE

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée

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 : **uniquement si handicap suite à un accident**

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 **(salaire)**

☐ Un revenu issu d'une activité en ESAT

(date du salaire par la sécurité sociale (arrêt, congés maternité, ..)

Des indemnités journalières

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)

Ne pas remplir sauf si première demande

JENILE

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée

Aide technique, matériel ou équipement

- ☐ Aménagement de logement
- ☐ Aménagement de véhicule
- ☐ Aides animalières
- ☑ Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur… *avertisseurs lumineux et vibrants Jenile pour la maison*
- ☑ Autres : *Charges exceptionnelles : Installation / Frais de port*

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.

Besoins liés à 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 :

Nom : *Dupont* Prénom: *Léna*

Ne pas remplir sauf si première demande

JENILE

B Vie quotidienne

Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée

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

(cochez si vous avez le pack voyage- pack travel dans votre devis)

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

(cochez si vous avez le détecteur de cri de bébé ou le bouton d'appel dans votre devis)

☐ 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

Ne pas remplir sauf si première demande

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée

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

Expliquer pourquoi vous avez besoin des produits, où vous allez le mettre, voici un exemple :

Bonjour,
Je suis sourde et j'ai besoin de divers avertisseurs lumineux et vibrants Jenile pour ma maison. Je souhaite installer :

- *1 vidéoportail car je ne vois pas qui sonne à mon portail et ne peut pas l'entendre.*
- *1 détecteur de cris de bébé pour ma fille de 1 an.*
- *1 détecteur d'ouverture de porte pour savoir quand mon fils de 14 ans entre et sort de mon domicile.*
- *1 flash secteur pour ma cuisine*
- *1 cube lumineux pour mon salon*
- *1 réveil lumineux connecté avec le coussin vibrant pour me réveiller si il se passe quelque chose.*
- *2 détecteurs de fumée (car ma maison a un rdc + 1 étage)*
- *Une installation proposée par Jenile pour que le technicien m'explique tout le fonctionnement en Langue des Signes et m'installe tout correctement.*

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

Nom : **Dupont** Prénom: **Léna**

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
- ☐ Autre, préciser :

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

Depuis le : / /

Si l'enfant est placé en internat, ses frais de … en charge par l'assuran… …alement pris …e sociale ? ☐ Oui ☐ Non

Si l'enfant n'est actuellement pa…

- ☐ Il est trop jeune
- ☐ Il e… …s solution d'accueil en établissement scola… …universitaire ou médico-social

À partir de quand sera-t…

Préciser :

☐ Autre, préci…

Si vous êtes é… …iant ou en apprentissage :

Type d'études :

Diplôme(s) obtenu(s) :

Diplôme(s) préparé(s) :

Nom de l'établissement :

Rue :

Ville :

Depuis le : / /

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

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 du médecin de santé au travail ou dernière fiche de visite médicale auprès du service 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 / /

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 :

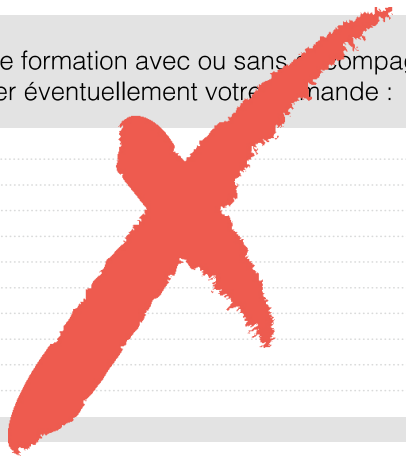
- ☐ Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments
- ☐ Prestation de compensation du handicap (PCH)
- ☐ Carte mobilité inclusion - Mention invalidité
  (le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité
- ☐ Carte mobilité 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 est obligée d'évaluer 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 :



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 famili

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 situ

Vivez-vous avec la personne en ☐ Non ☐ Oui, depuis le / /

Êtes-vous actuellement en ☐ Réduction d'activité liée à la prise en charge de la personne aidée

Nature de l'aide ar

- ☐ Surveillanc ponsable
- ☐ Aide au à l'intérieur du logement
- ☐ Aide ts à l'extérieur
- ☐ Ai r le logement et le linge
- ☐ corporelle
- ☐ préparation des repas
- ☐ de à la prise de repas
- ☐ oordination 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



Une vidéo explicative est disponible sur notre page Facebook !

Besoin d'aide ? Contactez nous du lundi au jeudi de 10h à 12h30 et de 14h à 17h sur WhatsApp au 07.69.79.40.30