Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

Merci d'écrire en LETTRES MAJUSCULES. Veiller à indiquer en haut de chaque page les nom et prénom de la personne concernée.

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance :

Nom d'épouse ou nom d'usage :

Prénom(s) :

Sexe : ◯ Masculin ◯ Féminin

Nationalité : ◯ Française ◯ EEE ou Suisse ◯ Autre

Date de naissance :

Lieu de naissance : Code postal :

Commune :

Pays :

Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France :

N° de sécurité sociale :

Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° : Dans quel département ?

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Si vous êtes hébergé en établissement, renseignez votre adresse avant entrée en établissement

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Portable :

Adresse électronique : _____

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :		
Prénom :		
N° et Rue :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone :		
Portable :		
Adresse électronique :		

Précisez qui détient l'autorité parentale : ◯ Mère ◯ Père ◯ Les deux ◯ Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : _____

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

◯ Tutelle ◯ Curatelle simple ◯ Curatelle renforcée ◯ Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

Adresse de la personne ou organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Téléphone portable : _____

Adresse électronique : _____

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ ◯ CAF ◯ MSA ◯ Autre

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse de l'organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : ◯ Célibataire ◯ Marié(e) ◯ En couple sans être marié(e)
◯ Séparé(e) ◯ Divorcé(e) ◯ Veuf(ve)

Depuis le : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : _____

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
◯ ***Salarié(e)*** y compris apprentissage depuis le :		
Type de contrat :		
Date de début du contrat :		
Date de fin du contrat :		
en milieu protégé ESAT depuis le :		

	Vous	Votre conjoint(e)
◯ ***Stagiaire*** de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
Nom de votre employeur / ou organisme de formation :		
Adresse de votre employeur / ou organisme de formation — N° et Rue :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation		
◯ ***Non salarié(e)*** depuis le : y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
◯ ***Inscrit(e) comme demandeur d'emploi***		
depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
◯ ***Retraité(e)*** depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
◯ ***Bénéficiaire d'une pension*** depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	◯ 1 ◯ 2 ◯ 3	◯ 1 ◯ 2 ◯ 3
Rente accident du travail :	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
◯ Autre depuis le : (Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH…)		
Précisez :		

A8 - Autre situation de la personne concernée

◯ Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social

◯ Vous êtes hospitalisé(e)

◯ Autres cas, précisez : _____

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

A9 - Autre situation de la personne concernée

◯ Locataire, sous-locataire ou co-locataire ◯ Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami…)

◯ Propriétaire ou accédant à la propriété ◯ Autres, précisez : _____

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Cette partie vous permet d'expliquer votre situation au quotidien pour mieux connaître les répercutions de votre handicap ou maladie dans la vie de tous les jours (vie privée, vie professionnelle / scolaire, loisirs...)
En expliquant vos difficultés et vos souhaits, l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation aura une meilleure connaissance de votre situation en complément des éléments médicaux.

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

○ Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins

○ Je ne souhaite pas m'exprimer

Si vous êtes accompagnée dans cette formulation, vous pouvez préciser :

le nom et la fonction de la personne : _____

le téléphone de la personne : _____

C - Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

Pensez à compléter la fiche de temps de scolarisation en annexe 1 de ce dossier.

Votre enfant est-il en internat ? ◯ Oui ◯ Non Depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

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

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

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? ◯ Oui ◯ Non

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

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

Frais supplémentaires liés au handicap

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

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

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

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

Nom de l'école ou l'enfant est scolarisé : _____

Commune de l'école : _____ Classe de scolarisation : _____

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? ◯ Oui ◯ Non

Précisez : _____

Nom : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

E - Demande de cartes

- ◯ Carte d'invalidité
- ◯ Carte de priorité
- ◯ Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
- ◯ Carte européenne de stationnement

F - Demande de prestation de compensation

◯ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP

◯ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ? ◯ Oui ◯ Non

◯ Prestation de Compensation du Handicap - PCH

Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AEEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)

Pouvez-vous préciser vos besoins de PCH, s'il s'agit de :

◯ Aide humaine

Précisez : _____

◯ Aide technique, matériel ou équipement

Précisez : _____

◯ Aménagement du logement / Déménagement

Précisez : _____

◯ Aménagement du véhicule / surcoût du transport

Précisez : _____

◯ Charges spécifiques / exceptionnelles

Précisez : _____

◯ Aide animalière

Précisez : _____

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lien de parenté : _____

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

◯ Allocation aux Adultes Handicapés - AAH ◯ Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

◯ un revenu d'activité

du : ____ au : ____

◯ un revenu issu d'une activité en ESAT

du : ____ au : ____

◯ des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du : ____ au : ____

En cas de doute, précisez la nature du revenu : _____

I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

◯ Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH

◯ Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)

◯ Orientation / Reclassement :
- ◯ Formation
- ◯ Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)
- ◯ Milieu protégé (ESAT)

J- Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :

◯ Un accueil de jour - précisez : _____

◯ Un hébergement de nuit - précisez : _____

◯ Un hébergement permanent - précisez : _____

◯ Un accompagnement - précisez : _____

◯ Autres (accueils temporaires ...) - précisez : _____

Quelle orientation souhaitez- vous ?

◯ Un accueil de jour (Centre d'Accueil de Jour, ...)

◯ Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)

◯ Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel foyer d'accueil médicalisé)

◯ Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)

◯ Autres (accueil temporaire ...)

Date d'entrée souhaitée : ____

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ?

Précisez lequel : _____

Nom : _____

Code postal : ____ Commune : _____

Téléphone : ____

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?
Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).
Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention «priorité pour personne handicapée» ;
- la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ;
- les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ? ◯ Oui ◯ Non

L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

◯ Un certificat médical daté de moins de 6 mois
◯ Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal (Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
◯ Une photocopie d'un justificatif de domicile (pour les adultes)
◯ Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)
D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

◯ 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 d'action sociale et des familles.

◯ 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

Fait à : _____ Le : __ __ __ __ __ __ __ __

Signature obligatoire (à compter de 18 ans il appartient au demandeur de signer ou à son représentant légal)

◯ de la personne concernée ◯ de son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.
Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Le Conseil départemental
aux côtés des Valdoisiens

val d'oise
le département
MDPH

ANNEXE 1 : TEMPS DE SCOLARISATION

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES AU FORMULAIRE DE DEMANDE

Nom :..... Prénom :.....

Rubrique C :

- le temps de scolarisation par semaine et les soins éventuels, en vous aidant du tableau « emploi du temps » (au dos de cette page)
- les éléments concernant les soins dont l'enfant peut bénéficier, à préciser ci-dessous :

EMPLOI DU TEMPS DE L'ENFANT

Nom prénom : _____ Date : _____

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
8h - 9h							
9h - 10h							
10h - 11h							
11h - 12h							
12h - 13h							
13h - 14h							
14h - 15h							
15h - 16h							
16h - 17h							
17h - 18h							
18h - 19h							
19h - 20h							
nuit							