

Nouveau formulaire

mis en place par l'arrêté du 5 mai 2017
et déployé à partir 1^{er} mai 2019
à la MDPH de l'Aude

En fonction des conditions
prévues par la réglementation,
vous pouvez bénéficier d'un ou
de plusieurs de ces droits :



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 déployera progressivement sur le territoire national entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} mai 2019.
À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 15782*01.



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	Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)
Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments	Projet personnalisé de scolarisation - parcours et aides à la scolarisation
Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)	Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle
Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Prestation de compensation du handicap (PCH)	Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Que dois-je remplir ?

<input type="checkbox"/> C'est ma première demande à la MDPH <input type="checkbox"/> Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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 :



Maison Départementale
des Personnes Handicapées

Principes philosophiques

La loi de 2005 a établi le principe que la MDPH ne pouvait s'autosaisir.
C'est à l'utilisateur que revient cette liberté ; il doit le faire à travers le formulaire de demande.

En 2019, c'est la 2^e mise à jour de ce document.
Depuis sa mise en place, les associations de personnes handicapées ont toujours été associées à son élaboration.

L'ancien formulaire de demande nécessitait que l'on connaisse, a priori, les droits et prestations que l'on pouvait demander.
Il ne fallait pas oublier de cocher les droits à renouveler sinon on ne pouvait plus en bénéficier au-delà de la date d'échéance, en attendant de refaire une nouvelle demande.

Avec ce nouveau formulaire, il n'est plus nécessaire de connaître les droits et prestations auxquels on peut prétendre.

En revanche, il est important de bien **décrire son quotidien, ses besoins et ses attentes.**

Il est toujours possible de **s'exprimer librement** sur ce que l'on juge important.

Pourquoi un nouveau formulaire ?

✓ plus complet

Il comporte toutes les annexes, scolaire et professionnelle, la **liste des pièces** à fournir (signalées par un trombone)  et **donne la parole à(aux) l'aidant(s) familial(aux)**.

NOUVEAU

✓ intuitif

Vous êtes guidé étape par étape, dans les rubriques « vie quotidienne », « vie scolaire », « vie professionnelle », où vous décrivez **votre situation actuelle, vos besoins, vos attentes**, et vous pouvez vous **exprimer librement** si besoin.

✓ plus facile à remplir

Le formulaire est plus facile à comprendre, plus détaillé et rédigé pour une meilleure accessibilité.

✓ plus facile à exploiter par la MDPH

Parce qu'il apporte davantage d'informations utiles, ce formulaire permet aux évaluateurs de vous proposer toutes les aides envisageables adaptées à votre situation. La réponse de la MDPH est ainsi plus complète et personnalisée, co-construite avec la personne concernée.

Même si c'est toujours possible, il n'est plus nécessaire de faire des demandes précises de droits ou de prestations.

Vous pouvez déposer une demande sans connaître les droits et prestations, juste en exprimant vos besoins et vos attentes en fonction de votre projet de vie (vie quotidienne, scolaire, professionnelle).

6 rubriques

A Votre identité

pages 1 à 4

B Votre vie quotidienne

pages 5 à 8

C Vie scolaire ou étudiante

pages 9 à 12

D Votre situation professionnelle

pages 13 à 16

E Expression des demandes
de droits et prestations

pages 17 à 18

F Vie de votre aidant familial

pages 19 à 20

Comment faire ? 1^{ère} possibilité

Vous pouvez faire
une demande de

**droits et
prestations
spécifiques**

A Votre identité

obligatoire

B Votre vie quotidienne

C Vie scolaire ou étudiante

obligatoire en
fonction de la
demande

D Votre situation professionnelle

E Expression des demandes
de droits et prestations

obligatoire

F Vie de votre aidant familial

Comment faire ? 2^{ème} possibilité

NOUVEAU

Vous pouvez exprimer
seulement

**vos besoins
et vos attentes**

A Votre identité

obligatoire

B Votre vie quotidienne

obligatoire

C Vie scolaire ou étudiante

en fonction de
votre projet

D Votre situation professionnelle

E Expression des demandes
de droits et prestations

F Vie de votre aidant familial

si souhaité

Exemple



Mme Dupont remplit une demande en exprimant ses besoins ressentis et ses attentes.

Son mari, qui l'aide au quotidien, exprime un besoin de répit.

Les évaluateurs peuvent proposer à Mme Dupont tous les droits et prestations nécessaires à son projet de vie, **même s'ils n'avaient pas été demandés au départ** :

- une prestation de compensation du handicap, aide humaine, technique, aménagement du logement
- une orientation en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) pour l'accueil temporaire de Mme Dupont et le répit de son mari
- un avis favorable à l'Assurance Vieillesse des Parents au Foyer (AVPF) pour M. Dupont



Le nouveau formulaire a permis :

- ✓ une meilleure description de la situation et des besoins
- ✓ une évaluation globale de la situation
- ✓ une réponse plus complète et personnalisée

Le formulaire en détail

 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 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} 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	Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)
Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments	Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation
Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)	Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle
Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Prestation de compensation du handicap (PCH)	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

Il est important de fournir à la MDPH l'intégralité du formulaire même si toutes les pages ne sont pas remplies.

Quel que soit le type de demande, la **partie A (pages 2 à 4) est toujours obligatoire.**

A Votre identité		Renseignements obligatoires
A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande		
Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Nom de naissance :	.....	Nom d'époux/se ou d'usage :
Prénoms :	.....	Date de naissance :/...../.....
Nationalité :	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Espace Économique Européen ou Suisse <input type="checkbox"/> Autre	
Commune de naissance :	.....	Département :
Pays de naissance :	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> 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 :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Commune : Pays :
Téléphone :	.....	Adresse e-mail :
Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Appel téléphonique <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> 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 :	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre	N° d'allocataire :
Organisme d'assurance maladie :	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
Votre numéro de Sécurité Sociale :	<input type="text"/>	
Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, Indiquer son numéro de sécurité sociale :	<input type="text"/>	

A Votre identité

Renseignements obligatoires

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

Déposer un dossier auprès de la MDPH est un « acte usuel » : au regard du Droit, les détenteurs de l'autorité parentale sont réputés être d'accord entre eux pour ce dépôt.

La décision de la CDAPH devient un « acte grave » : si l'un des détenteurs de l'autorité parentale n'est pas d'accord, la décision devient nulle et non avenue.

A Votre identité

Renseignements obligatoires

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 :

A

Votre identité

Renseignements obligatoires

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 :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous | <input type="checkbox"/> Vous risquez rapidement de perdre votre travail |
| <input type="checkbox"/> Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir | <input type="checkbox"/> Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation |
| <input type="checkbox"/> Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement | 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 :

.....

Le délai légal est de 4 mois.

Cependant, si vous êtes dans l'un des cas cités, vous pouvez demander un délai plus rapide. Il vous faut expliquer la problématique.

A

Documents à joindre obligatoirement à votre demande

Renseignements obligatoires

Joignez
obligatoirement ces
pièces pour que le
dossier complet
soit recevable.

- 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 :



**signature
obligatoire**

NOUVEAU

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.

Dans le cadre du Règlement Général de Protection des Données (RGPD), la MDPH est garante de la protection des données générales et sensibles vous concernant.

Vous précisez ici que **vous autorisez l'échange de données complémentaires** (avec votre médecin, Cap Emploi, etc...).

Si vous refusez ou si vous ne cochez aucune case, vous devrez **vous charger vous-même de faire le lien** et de transmettre à la MDPH les données nécessaires à l'évaluation.



Maison Départementale
des Personnes Handicapées

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.

Dans ce cas, votre dossier sera vu par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées en formation **simplifiée** et vous ne pourrez pas être reçu par cette Commission.

Si vous souhaitez être reçu par la CDAPH - en formation plénière (avec tous les membres), vous ne cochez pas cette case et vous en faites la demande explicite dans le formulaire (par exemple à la page 8).



Maison Départementale
des Personnes Handicapées

B Votre vie quotidienne

C Vie scolaire ou étudiante

D Votre situation professionnelle

Dans ces 3 rubriques, on vous propose de décrire :

- **votre situation actuelle**
- **vos besoins**
- **vos attentes**
- **ce que vous souhaitez rajouter**

Exemple pour la partie « vie scolaire » :

- dans « votre situation actuelle », on décrit la situation actuelle de l'enfant dans la classe
- dans « vos besoins », les besoins de l'enfant en terme d'adaptations
- dans « vos attentes », les aides à prévoir pour la prochaine rentrée

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) :

Autre situation, préciser :

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 : 1^{re} catégorie 2^e catégorie 3^e 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)

Vous décrivez votre **situation actuelle** en matière d'aide technique et/ou d'aide à la personne.

Les parents vont indiquer ici les contraintes qu'ils ont en raison du handicap de leur enfant : réduction d'activité professionnelle, recours à une tierce personne, frais liés au handicap.

B Votre vie quotidienne		Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée		
<input type="checkbox"/> Aide technique, matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Aménagement de logement	<input type="checkbox"/> Aménagement de véhicule	<input type="checkbox"/> Aides animalières	
	<input type="checkbox"/> Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur... :			
	<input type="checkbox"/> Autres :			
<input type="checkbox"/> Aide à la personne (avec quelqu'un qui aide)	<input type="checkbox"/> Votre famille	<input type="checkbox"/> Professionnel de soins à domicile		
	<input type="checkbox"/> Un accompagnement médico-social			
	<input type="checkbox"/> Autres :			
<p>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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>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 : %.</p>				
<p>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.</p>				
Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

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 apparaître 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

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

Autre besoin, préciser :

On est ici dans la **description des besoins** : cela ne va pas nécessairement se traduire par une prestation ou un droit mais peut-être par une orientation vers un partenaire de la MDPH.

Il est important de signaler ce besoin sinon personne ne peut en avoir connaissance.
La MDPH est chargée de faire connaître à l'Observatoire du Handicap les besoins non couverts par une prestation (ex : le ménage).

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

Besoin pour se déplacer

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer dans le domicile | <input type="checkbox"/> Pour utiliser un véhicule |
| <input type="checkbox"/> Pour sortir du domicile ou y entrer | <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun |
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur du domicile | <input type="checkbox"/> Pour partir en vacances |

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

Autre situation, préciser :

Besoin pour la vie sociale

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

Autre besoin, préciser :

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vivre à domicile | <input type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer | <input type="checkbox"/> Un accueil temporaire en établissement |
| <input type="checkbox"/> Vivre en établissement | <input type="checkbox"/> Du matériel ou équipement | <input type="checkbox"/> Une aide animale |
| <input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie | <input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées au handicap | <input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Une aide humaine : quelqu'un qui aide | <input type="checkbox"/> Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> 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

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 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
- Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social
- À partir de quand sera-t-il scolarisé ?
.....
- 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

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 : / /

Indiquez **combien de temps l'enfant est réellement accueilli** dans l'établissement scolaire.

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

C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne
la scolarité ou la vie étudiante

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

Il est trop jeune

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

À partir de quand sera-t-il scolarisé ?

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/nuite							

Renseignez l'emploi du temps de l'enfant de manière détaillée, **avec les horaires** des prises en charge sur **tous les jours** (et nuits) de la **semaine** (du lundi au dimanche).



C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne
la scolarité ou la vie étudiante

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 apparaître 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.

C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne
la scolarité ou la vie étudiante

Besoins en lien avec les apprentissages

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

Autre, préciser :

Besoins pour communiquer

- | | |
|---|---|
| <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 | |

Autre, préciser :

Besoins pour l'entretien personnel

- | | |
|--|--|
| <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 |

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 | |

Autre, préciser :

C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne
la scolarité ou la vie étudiante

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

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

- | | |
|--|---|
| <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 | |

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

Précisez les attentes : transport scolaire, AESH, matériel pédagogique, etc...

C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne
la scolarité ou la vie étudiante

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.

Joignez le GEVASco (sauf pour une 1^{ère} scolarité) : c'est un **document obligatoire** qui fait suite à « **l'équipe éducative** » ou à « **l'équipe de suivi de scolarisation** », réunions associant toujours les parents et les enseignants.

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 :

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

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

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 / /

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 :

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

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

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 / /

Partie D obligatoire pour toute demande relative à l'AAH, RQTH, ORP

Vous ne remplissez que les cases qui concernent votre situation professionnelle.

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 ?

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

D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne
votre projet professionnel

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 suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle
 Arrêt maladie sans indemnités journalières 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 / /

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

Exprimez vos difficultés
d'accès à l'emploi liées
à votre handicap.

D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne
votre projet professionnel

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), précisez 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...), précisez l'année et l'organisme :

Cette rubrique n'est pas adaptée pour une première demande.

Vous pouvez cocher les droits et prestations que vous souhaitez renouveler.

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)

L'accès aux différents volets de la PCH (aide humaine, technique, aménagement, spécifique ou animalière) sera étudié par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

E Expression des demandes de droits et prestations

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 :

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

E Expression des demandes de droits et prestations

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. »*

E Expression des demandes de droits et prestations

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). »

E Expression des demandes de droits et prestations

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.

Avec ce nouveau formulaire, la MDPH peut évaluer tous les droits, prestations et orientations dont vous pourriez relever et que vous n'avez pas forcément demandés.

Vous donnerez votre avis sur ces propositions dans un coupon-réponse avant le passage de votre dossier en CDAPH.

NOUVEAU

Cette partie est importante car elle permet d'instaurer un dialogue entre l'aidant et l'aidé.

L'aidant familial n'est pas nécessairement un membre de la « famille ».

L'aidant doit avoir du temps pour lui et doit pouvoir se faire remplacer.

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 : Date de naissance :

Prénom de l'aidant :
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 :

<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 :	

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

Les parents vont indiquer ici la réduction d'activité professionnelle en lien avec le handicap de leur enfant.

S'il y a plusieurs aidants, ils peuvent s'exprimer indépendamment sur plusieurs fiches F.

C'est l'aidant qui signe cette partie.

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 :

- | | |
|--|---|
| <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 (épuisement, avancée en âge...) |

Autre, préciser :

F2 Vos attentes 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"/> Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu | <input type="checkbox"/> Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche |
| <input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances | <input type="checkbox"/> Avoir un soutien psychologique |
| <input type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle | <input type="checkbox"/> Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche |
| <input type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux | <input type="checkbox"/> 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 :

.....

.....

.....

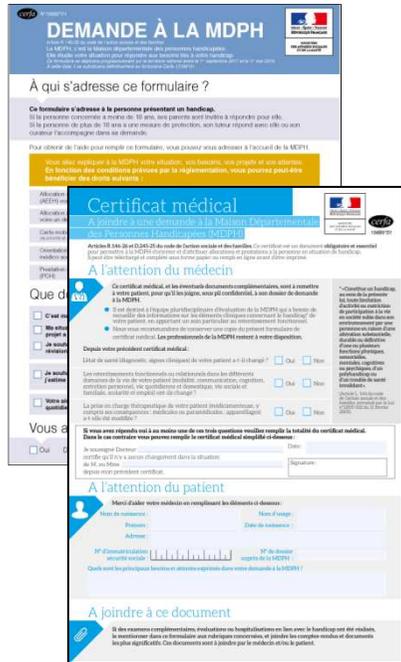
.....

.....

Signature de l'aidant :

.....

Rappel des pièces obligatoires



1. **Le formulaire de demande daté et signé**, à la page 4, par la personne concernée ou son représentant légal,
2. **Le certificat médical CERFA N° 15695*01 daté de moins de 6 mois, signé et tamponné par un médecin** et, en cas d'atteinte de l'audition le volet 1 ou, en cas d'attente visuelle, le volet 2.
3. **Un justificatif d'identité** (photocopie recto verso du justificatif d'identité de la personne concernée par la demande) : **toute pièce justifiant de l'identité de la personne handicapée, comportant une photo et délivrée par une administration française** : *carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour ou récépissé, carte de résident, autorisation provisoire de séjour égale ou supérieure à 3 mois ou livret de libre circulation*

Pour un enfant : carte d'identité ou acte de naissance et livret de famille ainsi que la copie du justificatif d'identité d'un des représentants légaux.



Maison Départementale
des Personnes Handicapées

4. Un **justificatif de domicile** de plus de 3 mois **mentionnant nom et adresse** (photocopie du justificatif de domicile de la personne concernée ou, pour les enfants, du titulaire de l'autorité parentale) :
- factures (fournisseur d'électricité ou de gaz, téléphone, assurance habitation ou véhicule), avis de taxe d'habitation ou taxe foncière, avis d'imposition sur les revenus
 - domiciliation par un CCAS ou CIAS
 - **et** attestation d'hébergement sur papier libre accompagnée de la copie recto-verso de la carte d'identité de l'hébergeur pour les personnes hébergées par un tiers.
5. Une copie de **l'extrait de jugement** pour :
- une personne majeure bénéficiant d'une mesure de protection juridique (tutelle ou curatelle)
 - un jeune mineur ayant un jugement de placement, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle
 - pour un enfant mineur dont les parents sont séparés ou divorcés, précisant le détenteur de l'autorité parentale si elle n'est pas conjointe.



Maison Départementale
des Personnes Handicapées

Des permanences pour vous aider

Aide au projet de vie MDPH	sur rendez-vous
Projet professionnel MDPH	sur rendez-vous
Accueil en Langue Française des Signes (LSF)	tous les jeudis après-midi sans rendez-vous
Représentant du Défenseur des Droits	le dernier jeudi du mois 14h - 16h30 sur inscription
Délégation Audoise de l'UNAFAM	le 3 ^e mercredi du mois 14h - 16h sans rendez-vous
Les Dys Audois	le 3 ^e mercredi du mois 9h - 12h sur rendez-vous

La mise en place du nouveau formulaire est en lien avec :

un nouveau système d'information commun des MDPH



Ce nouveau système informatique permet aux MDPH de travailler autrement avec :

- des courriers de notification plus simples à comprendre
- une simplification des démarches grâce à la transmission automatique de votre dossier à la CAF, à l'Imprimerie nationale, aux établissements susceptibles de vous accueillir
- un transfert de dossier facilité en cas de déménagement

un annuaire des établissements et services en ligne



Vous pouvez dès à présent consulter la liste de tous les établissements et services qui accueillent les personnes en situation de handicap, en faisant une recherche par zone géographique ou par type d'établissement. Tapez « via trajectoire » sur un moteur de recherche ou <https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>



Maison Départementale
des Personnes Handicapées

Coordonnées

Les personnes qui habitent dans l'Aude adressent leur demande à

MDPH de l'Aude
18 rue du Moulin de la Seigne
11 855 Carcassonne cedex 9

Accueil physique du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h

Accueil téléphonique 0 800 777 732

N° azur (gratuit depuis un poste fixe ou un portable)

du lundi au jeudi de 8h30 à 12h30 et 13h30 à 17h30

le vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h

mdph@aude.fr

Fax 04-68-77-23-39