

Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

cerfa

N° 13788*01

Réinitialiser

Imprimer

Pour remplir ce formulaire correctement, vous devez disposer du logiciel Adobe Reader 9 ou supérieur.

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 : Pays : FRANCE
Code postal : _____
Commune : _____
Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____
N° de sécurité sociale ou NIR : _____
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

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____
Complément _____ Code postal _____ Localité _____
Téléphone : _____ Fax : _____
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)

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

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom (s) :	_____	_____
N° et rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____

■ Nom :

■ Prénom :

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

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____

Complément _____ Code postal _____ Localité _____

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 : _____

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____

Complément _____ Code postal _____ Localité _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ CAF MSA Autre

Nom de l'allocataire : _____

Prénom (s) de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse de l'organisme : _____

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____

Complément _____ Code postal _____ Localité _____

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

Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :

Type de contrat : _____ Vous _____ Votre conjoint _____
 CDI CDD Apprentissage CDI CDD Apprentissage

Date de début du contrat : _____

Date de fin du contrat : _____

en milieu protégé ESAT depuis le : _____

■ Nom : _____

■ Prénom (s) : _____

	Vous	Votre conjoint
<input type="checkbox"/> Stagiaire de la formation professionnelle depuis le : Le stage est-il rémunéré ? Nom de votre employeur : ou organisme de formation Adresse de votre employeur : N° et Rue : ou organisme de formation Complément d'adresse : Code postal : Commune : Téléphone de votre employeur :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non _____ N° Nom de la voie Complément Code postal Localité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non _____ N° Nom de la voie Complément Code postal Localité
<input type="checkbox"/> Non salarié(e) depuis le : y compris exploitant agricole, prof. Libérale Précisez à quel régime vous cotisez :	_____	_____
<input type="checkbox"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le : Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="checkbox"/> Retraité(e) depuis le : Recevez-vous l'Allocation supplémentaire Personne Agée ? Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'une pension depuis le : Catégorie de la pension d'invalidité : Rente accident du travail : Recevez-vous l'Allocation supplémentaire d'Invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="checkbox"/> Autre : (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° Extension Type de voie Nom de la voie
Complément Code postal Localité

A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire
 Propriétaire ou accédant à la propriété
 Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
 Autres cas, précisez : _____

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

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.

Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation.

Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...

Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :

Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(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

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation :

■ Nom : _____

■ Prénom (s) : _____

E - Demande de cartes

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

F - Demande de prestation de compensation

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

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, 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° Extension Type de voie Nom de la voie

Complément Code postal Localité

Date de naissance : _____ Lien de parenté : _____

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

■ Nom : _____

■ Prénom (s) : _____

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

Prime de reclassement

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 (CAJ, ...)

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 (accueils temporaires ...)

Date d'entrée souhaitée :

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

■ Nom : _____

■ Prénom (s) : _____

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 handicapé" ;
- ▶ la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapé ;
- ▶ 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 3 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

Fait à : _____

Le : _____

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

Je suis : la personne concernée ou 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.