

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.



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

Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé

Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins

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

Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire

Votre aidant familial peut remplir la partie F

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : N° de dossier :

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 :

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 :

- Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous
- Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir
- Vous sortez d'hospitalisation et vous 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 :

.....



- 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 :

Signature : De la personne concernée
De son représentant légal
Des deux parents (pour les mineurs)

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

MDPH

Accueil physique :

Accueil téléphonique :

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 :

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)

Nom :

Prénom :

Aide technique, matériel ou équipement	Aménagement de logement Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur... .. Autres :	Aménagement de véhicule	Aides animalières
Aide à la personne (avec quelqu'un qui aide)	Votre famille Un accompagnement médico-social Autres :	Professionnel de soins à domicile	

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 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

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 :

Besoin pour se déplacer

Pour se déplacer dans le domicile

Pour utiliser un véhicule

Pour sortir du domicile ou y entrer

Pour utiliser les transports en commun

Pour se déplacer à l'extérieur du domicile

Pour partir en vacances

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 s'occuper de sa famille

Pour avoir des activités sportives et des loisirs

Pour être accompagné(e) dans la vie
citoyenne (ex : aller voter, vie associative...)

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

Autre besoin, préciser :

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

Vivre à domicile

Une aide pour se déplacer

Un accueil temporaire en
établissement

Vivre en établissement

Du matériel ou équipement

Une aide animalière

Un aménagement
du lieu de vie

Une aide financière pour des
dépenses liées au handicap

Réaliser un bilan des capacités
dans la vie quotidienne

Une aide humaine :
quelqu'un qui aide

Un accompagnement pour
l'adaptation / réadaptation à 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

Nom :

Prénom :

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

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

.....
.....

Depuis le : / /

Autre, préciser :

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 : / /

Nom :

Prénom:

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/nuit							

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.

Besoins en lien avec les apprentissages

Pour lire

Pour écrire, prendre des notes

Pour calculer

Pour comprendre, suivre les consignes

Pour organiser, contrôler son travail

Pour l'utilisation du matériel

Autre, préciser :

Besoins pour communiquer

Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

Autre, préciser :

Besoins pour l'entretien personnel

Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)

Pour s'habiller
(mettre et ôter des vêtements)

Pour les repas (manger, boire)

Pour prendre soin de sa santé

Autre, préciser :

Besoins pour se déplacer

Pour se déplacer à l'intérieur des locaux

Pour se déplacer à l'extérieur des locaux

Pour utiliser les transports en commun

Autre, préciser :

Nom :

Prénom :

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

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

Une adaptation de la scolarité

Une orientation scolaire différente

Une aide humaine

Une aide matérielle

Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation

Une prise en charge par un établissement sans hébergement

Une prise en charge par un établissement avec hébergement

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

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.

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre enseignant référent, indiquez pourquoi :

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

.....

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 ?
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

..... / /

Nom :

Prénom:

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

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	Hôtesse de caisse	E leclerc	Temps partiel	Fin du CDD
6 mois				

Votre niveau de qualification :

Primaire
 Secondaire
 Supérieur

Dernière classe fréquentée :

Vos formations :

Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), préciser 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...), préciser l'année et l'organisme :

.....

.....

Nom :

Prénom :

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)

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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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. »

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). »

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.

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

Prénom de l'aidant :

naissance : / /

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 :

Surveillance / présence responsable

Coordination des intervenants professionnels

Aide aux déplacements à l'intérieur du logement

Gestion administrative et juridique

Aide aux déplacements à l'extérieur

Gestion financière

Aide pour entretenir le logement et le linge

Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.)

Aide à l'hygiène corporelle

Aide à la communication et aux relations sociales

Aide à la préparation des repas

Aide au suivi médical

Aide à la prise de repas

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

Nom :

Prénom :

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

Éloignement géographique (déménagement...)

Problème de santé

Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)

Changement majeur dans la situation professionnelle

Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...)

Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...)

Autre, préciser :

.....

F2

Vos attentes en tant qu'aidant familial

Pouvoir vous reposer au quotidien

Obtenir une contrepartie financière

Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin

Échanger avec d'autres aidants

Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu

Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche

Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances

Avoir un soutien psychologique

Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle

Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche

Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux

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 :

.....

Certificat médical

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



cerfa
15695*01

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 à 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 familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ?	Oui	Non
La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ?	Oui	Non

* « 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)

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 :

Je soussigné Docteur Date:
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 :

N° d'immatriculation N° de dossier
sécurité sociale : auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

A joindre à ce document



Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

1. Pathologie motivant la demande

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition :

- Congénitale
- Maladie
- Accident vie privée
- Accident du travail
- Maladie professionnelle

Date d'apparition :

- A la naissance
- Depuis moins de un an
- Depuis 1 à 5 ans
- Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

3. Description clinique actuelle

Poids : kg Taille : cm Latéralité dominante avant handicap : Droite Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Permanents	Réguliers	ponctuel
		> 15 j par mois	< 15 j par mois

Précisions :

Perspective d'évolution globale :

Stabilité	Incapacité fluctuante	Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)
Aggravation	Evolutivité majeure	Non définie

Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles

En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du cerfa n°15695*01)

Observations :

En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du cerfa n°15695*01)

Observations :

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.

Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

Hospitalisations itératives
ou programmées
Suivi médical spécialisé

Soins ou traitements nocturnes
(si oui, préciser)
Autres

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence	Suivis pluridisciplinaires :	Modalité de suivi
Ergothérapeute		CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
Infirmière		CMP (Centre Médico Psychologique)	
Kinésithérapeute		CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
Orthophoniste		Hôpital de jour	
Orthoptiste		Autre	
Psychologue			
Psychomotricien			
Autre			

Projet thérapeutique :

Type d'appareillage :

Corrections auditives :	Unilatérale	Bilatérale	Appareillage	Implant
	Déambulateur	Canne	Orthèse, prothèse (préciser)	
Aide à mobilité	Fauteuil roulant électrique		Fauteuil roulant manuel	
	Autre préciser (Ex : Scooter, ...) :			
Appareillage visuel :	Télé-agrandisseur	Terminal-braille	Logiciel de basse vision	
	Loupe	Logiciel de synthèse vocale		
Alimentation / Elimination :	Gastro ou jéjunostomie d'alimentation		Stomie digestive d'élimination	
	Sonde urinaire	Stomie urinaire		
Aides respiratoires :	Trachéotomie	O2	Appareil de ventilation (préciser)	
Aide à la parole	Prothèse phonatoire			
Autre appareillage :				

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche Mètres

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation		
Cannes	En intérieur	En extérieur			
Déambulateur	En intérieur	En extérieur			
Fauteuil roulant manuel	En intérieur	En extérieur			
Fauteuil roulant électrique	En intérieur	En extérieur			
Ralentissement moteur :	Oui	Non	Besoin de pauses :	Oui	Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :			Oui	Non	

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

Marcher :

Se déplacer à l'intérieur :

Se déplacer à l'extérieur :

Préhension main dominante :

Préhension main non dominante :

Motricité fine :

Précisions :

Communication

Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :

Utiliser le téléphone :

Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...)

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage

Précisions :



Cognition / Capacité cognitive

A B C D NSP

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

Orientation dans le temps :

Orientation dans l'espace :

Gestion de la sécurité personnelle :

Maîtrise du comportement :

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...) :

La personne sait-elle :

Oui Non NSP Lire Ecrire Calculer NSP

Entretien personnel

A B C D NSP

Toilette, habillage, continence, alimentation...

Faire sa toilette :

S'habiller, se déshabiller :

Manger et boire des aliments préparés

Couper ses aliments :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...) :

7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

8. Coordonnées et signature

Docteur : Médecin traitant : Oui Non
Identifiant RPPS :  Identifiant ADELI : 
Adresse postale :

Téléphone :

Email :

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)

LES PRINCIPALES ÉTAPES D'INSTRUCTION D'UN DOSSIER À LA MDPH



RUBRIQUE G : « AFFILIATION GRATUITE D'UN AIDANT FAMILIAL À L'ASSURANCE VIEILLESSE »

L'aidant familial qui peut être affilié, est une personne qui s'occupe de façon permanente de la personne adulte handicapée vivant à domicile. Il doit avoir un lien de parenté avec la personne handicapée ou avec le conjoint de celle-ci (qu'ils soient mariés ou non).

RUBRIQUE H : « DEMANDE D'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS ET SON COMPLÉMENT DE RESSOURCES »

Vous pouvez demander à la fois l'AAH et le complément de ressources.

Les indications concernant les revenus permettent à l'organisme de prestations familiales d'étudier vos droits.

A noter : pour toute demande d'AAH en vertu de l'article L827-3 du Code d'Action Sociale et des Familles, une procédure d'RQTH sera automatiquement instruite par la MDPH

RUBRIQUE I : « DEMANDE RELATIVE AU TRAVAIL, À L'EMPLOI ET À L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE »

Cette rubrique permet la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé et l'orientation professionnelle vers :

- le marché du travail (accompagnement par le Service Public de l'Emploi et Cap Emploi)
- le milieu protégé - ESAT
- une formation en CRP qui peut, éventuellement, ouvrir droit à une prime de reclassement

RUBRIQUE L : « PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DEMANDE »

Joignez à ce formulaire l'ensemble des pièces demandées pour faciliter le traitement de votre dossier, notamment le certificat médical sous pli cacheté.

MERCI DE DATER ET SIGNER VOTRE DEMANDE EN PAGE 8 DU FORMULAIRE

La MDPH instruit les demandes et évalue les besoins. Elle ouvre également les droits mais ne les met pas en œuvre. Cette stricte séparation des missions garantit la neutralité des décisions rendues. Celles-ci sont valables partout en France pendant toute la durée de validité.

Une fois la décision de la CDAPH prise, les modifications doivent être conservées sans limitation de durée.

Par ailleurs, il vous appartient :

- pour une orientation en établissement (enfant ou adulte), de vous rapprocher des services ou des établissements mentionnés dans la décision
- pour les prestations financières, de vous rapprocher des organismes payeurs,
- pour les orientations professionnelles, de vous rendre dans les établissements mentionnés dans la décision ou de vous faire accompagner par le pôle emploi,
- pour la scolarité, la copie de la décision est adressée à l'éducation nationale pour application (AVS, matériel pédagogique et ULIS)

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISÉS DANS LE FORMULAIRE

SIGLES SIGNIFICATION

- AAH** Allocation Adultes Handicapés
- AC** Allocation Compensatrice
- ACFP** Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels
- ACTP** Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
- AEEH** Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé

SIGLES SIGNIFICATION

- APA** Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ASS** Allocation de Solidarité Spécifique
- CAF** Caisse d'Allocations Familiales.
- CDA ou CDAPH** Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- CRP** Centre de Reclassement Professionnel

SIGLES SIGNIFICATION

- EEE** Espace Économique Européen
- MDPH** Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MSA** Mutualité Sociale Agricole
- MTP** Majoration Tierce Personne
- ORP** Orientation professionnelle

SIGLES SIGNIFICATION

- PACS** Pacte Civil de Solidarité
- PC ou PCH** Prestation de Compensation du Handicap
- RMI** Revenu Minimum d'insertion
- RQTH** Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé.

Établissements et Services médico-sociaux. Établissements sanitaires et Établissements scolaires

SIGLES SIGNIFICATION

- CAJ** Centre d'Accueil de Jour
- CAMPS** Centre d'Action Médico-social Précoce
- CATTP** Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- CMP** Centre Médico-Psychologique
- CMPP** Centre Médico-Pscho-Pédagogique
- CPD** Centre de PréOrientation
- CRP** Centre de Rééducation Professionnelle
- EMP** Externat Médico-Pédagogique Établissements et Services d'Aide par le Travail
- ESAT** Établissements et Services d'Aide par le Travail
- ESAT SA** Établissements et Services d'Aide par le Travail - Sections annexes

SIGLES SIGNIFICATION

- FAM** Foyer d'accueil médicalisé
- Foyer de vie
- Foyer occupationnel
- Foyer d'hébergement
- GEM** Groupes d'Entraide Mutuelle
- Hôpital de jour
- IEM** Institut d'Éducation Motrice
- IES** Institut d'Éducation Sensorielle
- IME** Institut Médico Educatif
- ITEP** Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

SIGLES SIGNIFICATION

- MAS** Maison d'Accueil Spécialisée
- Pouponnière spécialisée
- SAAAIS** Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'intégration Scolaire
- SAFEP** Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce
- SAMSAH** Service d'Accompagnement Médico Social pour personnes Adultes Handicapées
- SAYS** Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SIGLES SIGNIFICATION

- SESSAD** Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
- SSAD** Service de Soins et d'Aide à Domicile
- SSEFIS** Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'intégration Scolaire
- UPI** Unité pédagogique d'intégration
- ULIS** Unité localisée pour insertion scolaire
- PPS** Projet personnalisé de scolarisation
- CMI** Carte mobilité inclusion



**MAISON
DÉPARTEMENTALE
DES PERSONNES
HANDICAPÉES**

**POUR PRENDRE CONTACT AVEC
LA M.D.P.H
et la C.D.A.P.H**

Nos lignes téléphoniques :

04 94 05 10 40

04 94 05 10 41

Notre adresse :

**M.D.P.H DU VAR
293 ROUTE DE LA SEYNE – CS 70057
83192 OLLIOULES CEDEX**

Accueil du public sans rendez-vous :

Les LUNDI – MERCREDI – JEUDI :

de 08 H 30 à 12 H 00 et

de 13 H 30 à 16 H 30

Le MARDI :

OUVERT DE : 08 H 30 à 13 H 30

Le VENDREDI :

OUVERT DE : 08 H 30 à 12 H 00

LISTE DES PERMANENCES MDPH DANS LE VAR

<p><u>BRIGNOLES</u></p> <p>1^{er} et 3^{ème} Mercredi de chaque mois de 14H00 à 16h00 rue du Docteur BARBAROUX au Centre de Solidarité rue du Docteur Barbaroux</p>	<p><u>FREJUS</u></p> <p>2^{ème} Lundi de chaque mois de 9h30 à 12h00 au Centre de solidarité 82 rue Martin Bidouré</p>
<p><u>DRAGUIGNAN</u></p> <p>2^{ème} Lundi de chaque mois de 14h00 à 16h00 et 3^{ème} Mercredi de chaque mois de 09H30 à 12H00 Sous-Préfecture 1 bd Foch</p>	<p><u>ST MAXIMIN</u></p> <p>1^{er} Mercredi de chaque mois de 9h30 à 12h00 au Centre de Solidarité 45 chemin des Fontaines</p>