

Identification du demandeur

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance / __/__/__ / __/__/__ /

Commune de résidence : _____

DOSSIER DE DEMANDE DE COMPENSATION DU HANDICAP

(situations moins de 20 ans)

N° de dossier MDPH :



Ne joignez ni photo, ni radio, elles seraient détruites.

Merci de n'utiliser ni trombone, ni agrafe.

MDPH - 300 route de Vannes - BP 10147- 44701 ORVAULT CEDEX 1
Tél. : 02.28.09.40.50 / N° Vert : 0800 40 41 44
Adresse mail : accueil.mdp@loire-atlantique.fr

Attention : La MDPH est fermée au public les 1^{er} et 3^{ème} jeudi après-midi de chaque mois.

INFORMATIONS A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRANSMETTRE VOTRE DOSSIER

1/ Liste des pièces obligatoires à joindre à toute demande :

- un certificat médical daté de moins de 6 mois (impérativement sous pli cacheté)
- 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
- une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

2/ Liste des pièces complémentaires à joindre pour chacune des prestations :

- dernier compte rendu de consultation s'il y a un suivi par un médecin spécialiste

- Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH) et son complément

Lors d'une première demande ou d'un renouvellement

Pièces obligatoires

Si vous êtes inscrit à POLE EMPLOI

- copie de la notification de droits à l'assurance chômage

Si vous travaillez à temps partiel

- joindre un justificatif de l'employeur précisant la quotité du temps de travail
 - 80 %
 - 50 %

- Compléter et faire retour de l'annexe 1 (Document vert)

- Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

Pièces obligatoires

- Compléter et faire retour de l'annexe 2 (document bleu)

- Demande de Prestation de Compensation du Handicap

Lors d'une première demande ou d'un renouvellement

Pièces obligatoires

+

- attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant)
- copie recto/verso du permis de conduire (uniquement pour l'aménagement du véhicule + poste de conduite)

Les demandes concernant une aide technique, un aménagement de véhicule, un aménagement de logement, doivent être déposées avant tout achat ou travaux. Les factures antérieures au dépôt de la demande ne seront pas prises en considération.



- **Demande relative à l'emploi et à la formation professionnelle**

Lors d'une première demande ou d'un renouvellement

Pièces obligatoires +

curriculum vitae

Si vous êtes inscrit à Pôle Emploi (ex ANPE)

copie de la carte Pôle Emploi

3/ Qui doit remplir ce dossier ?

Le demandeur ou son représentant légal le cas échéant.

N.B. Ne pas omettre de dater et signer le formulaire à la page 8.

4/ Le dossier doit il être envoyé à d'autres organismes ?

Non, les services de la MDPH se chargent d'envoyer les copies nécessaires aux organismes partenaires.

5/ Quand déposer un dossier de renouvellement pour un droit qui va arriver à échéance



Afin d'éviter toute rupture de droit, vous devez veiller à déposer votre dossier, dans les 6 mois précédant la date d'échéance. Aucune décision n'aura d'effet rétroactif.

6/ Changement de situation

Vous devez informer par écrit les services de la MDPH de tout changement de situation vous concernant.

7/ Information sur la procédure simplifiée (cf. rubrique K du formulaire de demande)

La modalité de la procédure simplifiée permet à la CDAPH de statuer sur les demandes de prestation sans votre participation.

Cette procédure privilégie un traitement plus rapide sans préjudice pour l'examen de vos droits.

- Faire une copie de votre dossier à conserver en justificatif de vos demandes.
- Les notifications de décisions vous concernant ont valeur de justificatifs pour prétendre à certains droits ou avantages. Vous devez garder la totalité de ces documents. Il ne sera pas délivré de duplicata.

Circuit d'une demande à la MDPH 44

1 ENREGISTREMENT

 J'envoie ou je dépose mon dossier à l'accueil de la MDPH



Ma demande est enregistrée

 Mon dossier est complet : je reçois un accusé de réception

 Mon dossier est incomplet : je reçois une demande de documents complémentaires à retourner.



Les délais sont rallongés.

2 ÉVALUATION

Ma demande est étudiée par une équipe de professionnels (médecins, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, psychologues...)

 Si ma situation le justifie, la MDPH réalise une évaluation approfondie à partir de :

- bilans d'organismes ou d'établissements partenaires
- une visite médicale
- une évaluation des besoins à domicile



Elle propose un plan personnalisé de compensation (PPC) qui définit les aides, aménagements et orientations préconisées.

3 DÉCISION ET INFORMATION



La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend une décision



Je reçois la décision
Elle est transmise aux organismes partenaires (Département, CAF, MSA, établissements et services médico-sociaux, éducation nationale...)





Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH



N° 13788*01

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

Nom de naissance : _____

Nom d'épouse ou nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

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

N° de sécurité sociale : _____

Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____

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

Le n° : _____

Dans quel département? _____

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

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

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)

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

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

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

A8 - Autre situation de la personne concernée

- Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social
- Vous êtes hospitalisé(e)
- Autres cas, précisez : _____
- Nom de l'établissement : _____
- Adresse de l'établissement : N° : _____ Rue : _____
- Complément d'adresse : _____
- Code postal : Commune : _____

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

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

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'AEEH (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° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Commune : _____

Date de naissance : [][][][][][][][][][] Lien de parenté : _____

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

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

- Allocation aux Adultes Handicapés - AAH Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

- un revenu d'activité

du : au :

- un revenu issu d'une activité en ESAT

du : au :

- des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du : au :

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

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

- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH
 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 (accueil temporaire ...)

Date d'entrée souhaitée :

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

Nom : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone :

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

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

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

L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- Un certificat médical daté de moins de 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 : | | | | | | | | | |

Signature : de la personne concernée

de son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées .

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

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
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation
de M. ou Mme
depuis mon précédent certificat.

Date:

Signature:

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
sécurité sociale :

N° de dossier
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

! Questions obligatoires

! Une pièce jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Eléments 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 :	Latéralité dominante avant handicap :		
	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	ponctuel < 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

Infirmière

Kinésithérapeute

Orthophoniste

Orthoptiste

Psychologue

Psychomotricien

Autre

CMPP (Centre Médico
Psycho-Pédagogique)CMP
(Centre Médico Psychologique)CATTP (Centre d'Accueil
Thérapeutique à Temps Partiel)

Hôpital de jour

Autre

Projet thérapeutique :**Type d'appareillage :****Corrections auditives :**

Unilatérale

Bilatérale

Appareillage

Implant

Aide à mobilité

Déambulateur

Canne

Orthèse, prothèse (préciser)

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 /
Élimination :**

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

	A	B	C	D	NSP
Marcher :					
Se déplacer à l'intérieur :					
Se déplacer à l'extérieur :					
Préhension main dominante :					
Préhension main non dominante :					
Motricité fine :					

Précisions :

Communication

	A	B	C	D	NSP
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	Oui	Non			

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...) :

Vie quotidienne et vie domestique



Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

Prendre son traitement médical :

Gérer son suivi des soins :

Faire les courses :

Préparer un repas :

Assurer les tâches ménagères :

Faire des démarches administratives :

Gérer son budget :

Autre (préciser) :

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale :

Vie familiale

Isolement

Rupture

Autre (préciser)

Présence d'un aidant familial :

Oui

Non

Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?

Quel type d'intervention ?

Précisions :

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

Retentissement sur l'emploi :



Avis du médecin du travail joint (si disponible)

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :

Oui

Non

NSP

Si oui, préciser :

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :

Oui

Non

NSP

Si oui, préciser :

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)

Explications utiles pour remplir les rubriques A à A9

Les rubriques A à A4 sont obligatoires.

Si vous faites uniquement une demande de cartes, vous n'avez pas besoin de remplir les rubriques de A5 à A9.

Rubrique A2 : « Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande »

Correspond au lieu de vie habituel de la personne (domicile ou établissement).

Rubrique A4 : « Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant) »

Le représentant légal (tuteur et curateur) pour les adultes sous protection juridique est désigné par le juge des tutelles.

Rubrique A5 : « Identification de l'organisme payeur de prestations familiales »

Cette information permet d'identifier l'organisme qui versera l'AAH ou l'AEEH.

Rubrique A6 : « Situation familiale de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande »

« Conjoint » dans la formule « Si vous êtes en couple, précisez l'identité du conjoint », désigne la personne avec qui vous êtes marié ou non marié (pacs, concubinage, vie maritale).

Rubrique A7 : « Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant »

Si vous êtes salarié (y compris en apprentissage) ou stagiaire, n'oubliez pas d'indiquer le nom et adresse de l'employeur ou de l'organisme de formation.

Rubrique B : « Expression des attentes et besoins de la personne concernée – (projet de vie) »

Rappel : n'hésitez pas, pour rédiger cette rubrique, à faire appel aux services de votre MDPH.

Rubrique C : « Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et son complément »

L'AEEH et le cas échéant son complément peuvent être versés au parent ou à la personne qui s'occupe d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap.

L'allocation de base peut être augmentée d'un complément en fonction des besoins évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

À noter : Vous pouvez également demander pour votre enfant la PCH (rubrique F). Après évaluation de la situation et des besoins de votre enfant, la MDPH vous communiquera un plan personnalisé de compensation qui précisera, si vous avez demandé la PCH et que vous y avez droit, les montants respectifs de chacune des deux prestations. Vous pourrez alors choisir sur cette base, celle qui vous convient le mieux.

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

Le parcours de scolarisation et/ou de formation de l'enfant ou du jeune adulte en situation de handicap peut être mis en oeuvre dans un établissement scolaire, dans un établissement ou service médico-social, dans un établissement sanitaire (cf. liste en page 4).

Le parcours s'organise alors totalement, partiellement ou en alternance sur ces types d'établissements.

C'est dans cette rubrique que vous pouvez indiquer vos demandes d'aménagement scolaire, de matériel pédagogique, transports scolaires, auxiliaire de vie scolaire...

Rubrique E : « Demande de cartes »

La mention « besoin d'accompagnement » peut être portée sur la carte d'invalidité pour :

- un enfant ayant droit au complément d'AEEH
- un adulte bénéficiaire d'une PCH « Aide Humaine » ou d'une ACTP ou d'une MTP ou d'une APA

Rubrique F : « Demande de prestation de compensation »

Cette demande permet l'examen des besoins de compensation des conséquences du handicap :

- Aides humaines - exemples : prise des repas, aide à la toilette...
- Aides techniques - exemples : fauteuil roulant, télé agrandisseur, prothèses auditives...
- Aménagement du logement - exemples : transformation d'une baignoire en douche, plate-forme élévatrice, élargissement de porte, flash lumineux
Pour le déménagement - exemple : participation aux frais de déménagement pour un logement mieux adapté si les travaux dans le logement actuel sont trop coûteux ou impossibles...
- Aménagement du véhicule - exemple : adaptation du poste de conduite
- Surcoûts liés aux transports
- Charges spécifiques ou exceptionnelles - exemples : protections pour incontinence, réparation matériel...
- Aide animalière - exemple : frais d'entretien pour un chien d'assistance éduqué...

Droit d'option

Si vous êtes bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice (ACTP ou ACFP), vous pouvez demander la PCH. Un comparatif de vos droits sera établi par la Maison départementale et vous pourrez choisir, sur cette base :

- soit de conserver votre allocation compensatrice
- soit d'opter pour la PCH, si votre situation vous permet d'en bénéficier

Si vous n'exprimez aucun choix, vous serez présumé vouloir bénéficier de la PCH.

Attention : le choix pour la PCH est définitif

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.

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 K : « Procédure simplifiée »

Si vous souhaitez être reçu par la CDAPH, cochez « NON » à la rubrique « souhaitez vous bénéficier d'une procédure simplifiée ».

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

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES 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
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
EEE	Espace Économique Européen
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MTP	Majoration Tierce Personne
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.
<u>Établissements et Services médico-sociaux, Établissements sanitaires et Établissements scolaires</u>	
CAJ	Centre d'Accueil de Jour
CAMPS	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CLIS	CLasse d'Intégration Scolaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CPO	Centre de PréOrientation
CRP	Centre de Rééducation Professionnelle
EMP	Externat Médico-Pédagogique
ESAT	Établissements et Services d'Aide par le Travail
ESAT SA	Établissements et Services d'Aide par le Travail - Sections annexes
FAM	Foyer d'accueil médicalisé Foyer de vie Foyer occupationnel Foyer d'hébergement
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle Hôpital de jour
IEM	Institut d'Education Motrice
IES	Institut d'Education Sensorielle
IME	Institut Médico Educatif
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
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
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'Education 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

QUESTIONNAIRE DEMANDE D'ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPE ET/OU SON COMPLEMENT, DE PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP

Madame, Monsieur,

Vous sollicitez auprès de la Maison départementale des personnes en situation de handicap (MDPH) de Loire-Atlantique une allocation d'éducation de l'enfant handicapé, un complément de cette allocation pour votre enfant. Nous vous remercions de bien vouloir compléter le plus précisément possible ce questionnaire qui a été élaboré par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH.

Il est destiné à faciliter l'étude des besoins et des droits de votre enfant.

1. Renseignements administratifs

- Nom de l'enfant : _____ - Prénom : _____ - Date de naissance : _____

2. Frères et sœurs

Nom	Prénom	Date de naissance	N° de dossier si dossier MDPH

3. Prise en charge de l'enfant

- Votre enfant est : en internat en semi-internat à domicile

- Depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Si votre enfant est en internat, veuillez noter le nombre de nuits par semaine :

		Temps de prise en charge en heures/semaine	Nom et commune de l'établissement
Prise en charge	Établissement scolaire		
	Établissement médico-social		
	Hôpital de jour		
Modalités de garde	Centre de loisirs		
	Crèche ou halte garderie *		
	Assistante maternelle *		
	Garde d'enfant à domicile *		

* Veuillez joindre les justificatifs (devis ou les 3 derniers bulletins de salaire, contrat d'embauche, relevé attestation CAF, justificatifs charges patronales (URSSAF, CESU....)).

5. Autonomie de l'enfant

- Peut-il rester seul à la maison ? Oui Non
Si oui, combien de temps ?

- Peut-il sortir seul ? Oui Non
Si oui, pour quelles activités ?

6. Frais liés à la situation de handicap (surcoût lié au handicap)

Veillez vous référer au document CERFA de dossier MDPH cadre **C** (bien détailler les frais et joindre les justificatifs faisant apparaître le surcoût lié au handicap).

Frais de garde d'un enfant de plus de 3 ans (assistante maternelle/emploi direct à domicile/service à domicile)

Référence : (prise en charge à partir du 1^{er} septembre de l'année des 3 ans de l'enfant et dans la limite d'un mode de garde par rapport à un enfant du même âge)

- Fournir la copie du contrat d'embauche faisant apparaître les horaires et les jours de garde.
- Fournir les 3 derniers bulletins de salaire (hors vacances d'été) de l'assistante maternelle ou de l'embauche à domicile et s'y référer pour les informations suivantes demandées.

	Montant
Salaire net à payer mensuel versé à la personne, hors frais de repas. Indiquer le nombre d'heures effectuées : h/mois	
Montant des charges versées à l'URSAFF ou autres organismes (joindre la copie de l'attestation fiscale de PAJEMPLOI ou CESU) après déductions des autres aides perçues (CAF, MSA). Joindre les justificatifs annuels des aides (ex : complément de libre choix de mode de garde)	
Crédit d'impôts ou déduction fiscale perçu Joindre copie d'avis d'imposition	

7. Transports de l'enfant et surcoût lié au handicap

Nature du déplacement	Nombre de kms Aller	Fréquence	Transport assuré par la famille, un prestataire* ; autres

* Joindre un devis / justificatif.



Parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social

- Document recto-verso à compléter et à joindre au formulaire CERFA –

Joindre obligatoirement le gevasco ou en cas de première demande le compte rendu de l'équipe éducative.

(Si vous avez déposé récemment une autre demande à la MDPH et qu'elle est encore en cours de traitement, le remplissage de cette annexe est suffisant).

1- Identification de la demande

ENFANT ou ADOLESCENT

Nom : Prénom : Né(e) le :

N° dossier MDPH :

Établissement scolaire fréquenté :

Commune de cet établissement :

Niveau de classe :

La demande concerne :

L'orientation scolaire : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS)

Une aide humaine (ex. auxiliaire de vie scolaire)

Un prêt de matériel pédagogique adapté

Un aménagement d'examen ou concours

Précisez l'examen ou le concours :

Le transport scolaire

Prise en charge médico-sociale : établissement (IME, ITEP, IEM...) Préciser le régime :

internat de semaine semi-internat accueil temporaire
ou

service (SESSAD, SSEFIS, SAAAIS...)

Autre demande. Précisez : _____

Arguments – Remarques (facultatif) _____
