

## 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 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° et Rue :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse électronique :	<input type="text"/>	<input type="text"/>



	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle		
depuis le :	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
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	_____	_____
Adresse de votre employeur : ou organisme de formation	N° et Rue : _____	_____
	Complément d'adresse : _____	_____
	Code postal : _____	_____
	Commune : _____	_____
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="radio"/> Non salarié(e)		
y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :	_____	_____
<input type="radio"/> 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="radio"/> Retraité(e)		
depuis le :	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
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 :	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
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		
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :	_____	_____

### A8 - Autre situation de la personne concernée

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

Vous êtes hospitalisé(e)

Autres cas, précisez : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : N° \_\_\_\_\_ : Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_

### A9 - 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 son 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.