



**Maison départementale  
des personnes handicapées  
(MDPH)**

Espace Duhesme - 18, rue de Flacé  
Bâtiment Loire  
71026 Mâcon Cedex 9  
Tél : 03 85 21 51 30 - Fax 03 85 21 51 31

**Dossier de demande MDPH**

N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

**Date de la demande**

- Courrier du : \_\_\_\_\_

- Téléphone du : \_\_\_\_\_

Cadre réservé à la MDPH

# DEMANDE AUPRES DE LA MDPH

**Personne concernée par la demande :**

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Commune de résidence : \_\_\_\_\_

**Relais sur les territoires**

Centre médico-social  
Maison départementale  
des personnes handicapées  
52, rue Pierre Deliry  
71100 CHALON-SUR-SAÔNE  
Tél : 03 85 98 28 15

Centre médico-social  
Maison départementale  
des personnes handicapées  
2, avenue de Verdun  
71200 LE CREUSOT  
Tél : 03 85 77 97 80

Centre médico-social  
Maison départementale  
des personnes handicapées  
2, rue de la Poste  
71600 PARAY-LE-MONIAL  
Tél : 03 85 81 61 01

### **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 œuvre 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
-

## **COMMENT REMPLIR VOTRE DEMANDE AUPRÈS DU SECTEUR ADULTE DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH) 71 :**

Le soin que vous apporterez à compléter très précisément le formulaire de demande(s) auprès de la MDPH facilitera l'étude de cette (ces) demande(s). Merci de transmettre les informations suivantes : elles permettront d'évaluer au mieux votre situation pour les droits et orientations qui vous seront adaptés.

### **1. Renseignements administratifs**

- Cadre A et A2 (page 1):

- Votre état civil, votre adresse (**joindre une copie de votre carte d'identité ou titre de séjour et un justificatif de domicile**) et votre numéro de téléphone fixe et portable, ainsi que votre adresse mail, le cas échéant.
- Votre numéro de sécurité sociale et l'organisme auquel vous êtes rattaché (Ex : CPAM71, CPAM 69, MSA, UTIMB...)

- Cadre A4 (page 2) : Représentant légal : pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection : **joindre la copie du jugement**

- Cadre A5 (page 2) : Identification de l'organisme payeur de prestations familiales : **joindre une copie de votre dernière attestation de droits**

### **2. Situation personnelle**

- Cadre A6 (page 2) :

- Préciser si vous êtes en couple, marié (le nom de votre conjoint), célibataire, divorcé, veuf et, le cas échéant, le nombre d'enfants à votre charge.

- Cadre A8 et A9 (page 3):

- Si vous êtes hospitalisé ou en établissement médico-social, pensez à le signaler et à préciser les coordonnées de l'établissement.
- Cochez la case correspondante à votre situation au regard du logement occupé (locataire, accédant à la propriété...)

### 3. Situation professionnelle

**Joindre un curriculum vitae et la fiche parcours professionnel qui vous a été remise avec le formulaire.** Si vous êtes marié ou en couple, pensez à renseigner impérativement la colonne concernant votre conjoint.

- Cadre A7 (page 2 et 3)

- Si vous êtes salarié, précisez impérativement votre date d'embauche à cet emploi, le type de contrat (CDI ou CDD, etc ...) et l'emploi occupé (**joindre une copie de votre contrat de travail**).
- Si vous êtes demandeur d'emploi, précisez votre (vos) date(s) d'inscription à pôle emploi et le type d'allocation que vous percevez actuellement (**joindre une copie de votre attestation d'inscription à pôle emploi**).
- Si vous percevez une pension d'invalidité, une rente accident du travail, ou une pension de retraite, précisez la nature exacte, la catégorie et la date d'ouverture de vos droits (**joindre l'attestation de droits**).
- Si vous percevez des indemnités journalières, précisez la nature de l'arrêt (maladie, accident du travail, etc...) et les dates de début et de fin de droits.
- Si vous êtes en cours de licenciement pour inaptitude ou si vous avez été licencié à ce titre, joindre la copie de la fiche d'inaptitude établie par votre médecin du travail.
- Si vous êtes dans une autre situation, précisez laquelle (bénéficiaire du RSA, de l'AAH, mère au foyer, etc.) et depuis quelle date.

### 4. Votre « projet de vie »

- Cadre B (page 4) :

Afin que nous puissions répondre au mieux à votre demande et que nous puissions, éventuellement, vous proposer des droits complémentaires, nous avons besoin de connaître le plus précisément possible :

- Votre environnement actuel et/ou votre quotidien (par exemple, situation professionnelle, aide qui vous est apportée par l'entourage ou par des services extérieurs ; charges que vous avez à assumer (enfant ou parents à charge...), etc.).
- Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours et qui vous ont notamment amené à déposer votre demande ?
- Quelles sont vos attentes et vos besoins pour l'avenir, le plus précisément et le plus sincèrement possible, que ce soit sur le plan de votre autonomie, sur le plan professionnel, sur le plan de vos loisirs, de votre logement, etc.... ?
- Si vous êtes régulièrement accompagné par un service éducatif, social ou médico-social, indiquez le nom de votre référent et les coordonnées complètes du service qui vous suit (adresse, n° tel, mail).

## 5. L'objet de votre demande

Cocher la ou les cases correspondant à votre demande : Page 6 et 7

- Cadre C et D : *Ne pas remplir ces rubriques, elles concernent les dossiers Enfant*

- Cadre E : Demande de cartes d'invalidité, de priorité et/ ou de stationnement

N.B. : la mention *besoin d'accompagnement* est accordée aux bénéficiaires de l'un des avantages suivants : allocation compensatrice tierce personne (ACTP), allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou majoration tierce personne (MTP) délivrée par votre Caisse de Sécurité Sociale. **Joindre une copie de votre attestation de droits ACTP, APA ou MTP.**

- Cadre F : Demande de prestation de compensation du handicap (PCH) :

C'est une prestation qui vous aide à financer les dépenses que vous devez engager du fait de votre handicap pour réaliser les actes essentiels de la vie courante (*par exemple, intervention d'auxiliaire de vie pour une aide à la toilette, financement d'un fauteuil roulant, d'un siège de baignoire, coût de téléalarme, de frais de protection, etc...*)

Votre état de santé doit générer un handicap de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins 1 an. Vous devez rencontrer une difficulté importante (« grave » ou « absolue ») pour réaliser des activités essentielles de la vie quotidienne (*par exemple : marcher, faire sa toilette, entendre, communiquer...etc.*).

La PCH n'est pas cumulable avec l'allocation compensatrice tierce personne et avec l'APA.

Une brochure d'information sur cette prestation est disponible auprès de la MDPH.

- Cadre G : Affiliation gratuite d'un aidant à l'assurance vieillesse :

L'aidant familial (*en âge d'exercer une activité professionnelle et ne percevant aucun revenu ou prestation*) qui assume, au domicile familial, l'assistance permanente d'une personne adulte handicapée peut être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse.

- Cadre H : Demande d'allocation adulte handicapé (AAH) et de complément de ressources

L'AAH permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante. Avant toute demande d'AAH, la personne handicapée doit faire valoir ses droits à un éventuel avantage d'invalidité ou de vieillesse. L'AAH est attribuée en fonction d'un taux d'incapacité et de critères liés à l'accès à l'emploi, sous réserve de remplir des conditions de résidence, de nationalité, d'âge et de ressources.

Le complément de ressources est destiné à aider les personnes handicapées de moins de 60 ans disposant d'un logement indépendant à faire face aux dépenses supplémentaires liées à une vie autonome à domicile et qui n'ont aucun revenu lié à l'exercice d'une activité professionnelle.

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

Précisez si vous souhaitez bénéficier d'une reconnaissance travailleur handicapé **et** d'une orientation en ESAT (ex CAT), **ou** d'une orientation en formation, **ou** d'un accompagnement à la recherche d'emploi en milieu ordinaire de travail.

**Joignez impérativement la fiche parcours professionnel et un curriculum vitae**

*Précisez dans votre projet de vie, comment vous envisagez votre avenir professionnel. Si vous souhaitez vous engager dans une formation professionnelle, êtes-vous prêt à le faire dans un centre de rééducation professionnelle hors du département ? (pas de centre en Saône-et-Loire*

- Cadre J : Orientation vers un établissement ou service médico-social :

Précisez si vous souhaitez :

- Un accueil de jour,
- Un hébergement de nuit (foyer pour travailleur handicapé en ESAT par exemple),
- Un hébergement permanent (orientation en maison d'accueil spécialisé, en foyer de vie, en foyer d'accueil médicalisé)
- Un service d'accompagnement : service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou service d'accompagnement médical et social de l'adulte handicapé (SAMSAH)
- Une autre orientation (accueil temporaire par exemple).

*Si vous avez déjà pris contact avec un ou plusieurs établissements, merci de nous le préciser, dans votre projet de vie, en indiquant leurs noms et coordonnées, ainsi que les noms et fonctions de la personne que vous avez rencontré.*

## **6. Terminer votre demande : date, signature et pièces à joindre**

Il est impératif que le dossier soit daté et **signé par la personne concernée (même si elle bénéficie d'une mesure de protection)** et, le cas échéant, par son représentant légal.

- Cadre L : Pièces à joindre impérativement

Pensez à joindre TOUS les documents indiqués.

Le certificat médical doit avoir été rempli par un médecin, qui l'aura daté, signé, puis apposé son cachet. Il sera accompagné de **la fiche autonomie** que vous aurez dûment complétée (elle vous a été remise avec ce formulaire).



saône-et-loire  
LE DÉPARTEMENT

Maison départementale  
des personnes handicapées

# 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 résidiez 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"/>

● Nom :

● Prénom :

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

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

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Téléphone :  Fax :

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

#### A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée  Autre

Nom de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne ou organisme : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Téléphone :  Fax :

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

#### A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_  CAF  MSA  Autre

Nom et prénom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

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

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

#### A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes :  Célibataire  Marié(e)  En couple sans être marié(e)  
 Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le :  Nombre d'enfants à charge :

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance :

#### A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Type de contrat :	_____	_____
Date et début du contrat :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date et fin du contrat :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
en milieu protégé ESAT	depuis le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>



● **Nom :**

● **Prénom :**

	<b>Vous</b>	<b>Votre conjoint(e)</b>																				
<input type="radio"/> <b>Stagiaire</b> de la formation professionnelle depuis le :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
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	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
<input type="radio"/> <b>Non salarié(e)</b> y compris exploitant agricole, prof. libérale	depuis le :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Précisez à quel régime vous cotisez :	_____	_____																				
<input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi</b>	depuis le :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
	Indemnisée(e) depuis le :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
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"/> <b>Retraité(e)</b>	depuis le :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
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"/> <b>Bénéficiaire d'une pension</b>	depuis le :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
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"/> <b>Autre</b> (Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH...)	depuis le :	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
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 : \_\_\_\_\_



● Nom :

● Prénom :

**C -  Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément**

Votre enfant est-il en internat ?  Oui  Non Depuis le : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte-garderie...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico-social ou sanitaire...)

Si votre enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale ?  Oui  Non

**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

**Frais supplémentaires liés au handicap**

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COÛTS			PÉRIODICITÉ Semaine, mois, année, occasionnelle
	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	
TOTAL				

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

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Nom : \_\_\_\_\_

Code postal : 

--	--	--	--	--

 Commune : \_\_\_\_\_

● Nom :

● Prénom :

### 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 - Demade d'AEEH (Allocation d'Education 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.

● Nom :

● Prénom :

### 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 Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (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

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 :

● Nom :

● Prénom :

### 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 CDPAH 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.

# Certificat médical

Destiné à être joint à une demande auprès  
de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Nom de naissance .....

Nom d'épouse .....

Prénom ..... Date de naissance ...../...../.....

Adresse .....

N° d'immatriculation sécurité sociale .....

N° de dossier auprès de la MDPH (si connu) .....

➡ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES) et

Il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap\* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

## Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du ....., il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M.....

A ..... le ..... Cachet

Signature du médecin

## ➡ Dans les autres cas : Veuillez compléter le certificat médical suivant

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

**Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.**

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

\* «*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.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

Pathologie principale à l'origine du handicap

Code CIM

Pathologies autres

**Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH**

**Date de début des troubles** - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance **pour les enfants** - bilan initial, facteur de gravité, évolutivité...

Accident du travail       Maladie professionnelle       compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

**Description clinique actuelle**, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur ...

Poids ..... Taille ..... latéralité dominante avant handicap.....  compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

**Perspective d'évolution**

Stabilité       Aggravation       Incapacité fluctuante (préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées)  
 Risque vital       Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)       non définie

**En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif** : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

**En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif** : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :



## Traitements, prises en charges thérapeutiques

**Nature et durée des traitements en cours** (dont régime), préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires, ...

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

### Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autre (préciser)

Nature

Fréquence

**Soins ou traitements nocturnes**  non  oui (préciser)

**Projet thérapeutique** (le cas échéant) :

### Appareillages

- Appareil auditif  unilatéral  bilatéral
- Canne,  déambulateur
- Fauteuil roulant  manuel  électrique
- Orthèse, prothèse (préciser)
- Sonde urinaire  Stomie urinaire
- Stomie digestive d'élimination
- Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
- Trachéotomie
- Appareil de ventilation (préciser)  O<sub>2</sub>
- Autre(s) appareillage(s) (préciser)

Préciser : Type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance ...

## Retentissement fonctionnel et/ou relationnel A compléter en tant que de besoin, en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne

**Mobilité, maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement...**

Périmètre de marche .....

L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles (à préciser si autres que celles mentionnées ci-dessus) :

- 1 – pas de difficulté                      2 – difficulté modérée  
3 – difficulté grave ou absolue

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Communication** orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui...

Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint :

Utiliser des appareils et techniques    de communication (téléphone, téléalarme, ordinateur...)

**Conduite émotionnelle, relationnelle**

**Cognition, attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, vitesse d'idéation comportement, orientation dans le temps ou l'espace...**

	1	2	3
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Retentissement sur la sécurité** : gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger...

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :  non  oui (précisez)

**Entretien personnel** : toilette, habillage, continence, alimentation...

A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique  
C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vie quotidienne et vie domestique** : travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...

**Retentissement sur la vie sociale et familiale** (si besoin)

**Retentissement sur la scolarité** (si en âge scolaire) :

non  oui (préciser)

**Retentissement sur l'emploi** (si besoin)

Avis du médecin du travail joint

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :  non  oui (préciser)

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :  non  oui (préciser)  
Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaitables ...

**Préconisations** : Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements... (Si besoin)

**Observations** (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)

**Certificat médical établi par :**

A ..... le ..... Cachet (obligatoire)  
Signature du médecin

Veuillez remplir ce questionnaire de façon précise afin de faciliter l'évaluation de votre handicap en mettant une croix dans la case correspondante.

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Date de naissance :

N° téléphone : fixe :

portable :

Si l'intéressé(e) ne peut pas remplir, nom de la personne qui a aidé à remplir le questionnaire :

### MOBILITE- MANIPULATION

Pouvez-vous :	Seul(e)	Avec aide partielle ou incitation	Avec aide totale
<b>vous lever :</b>			
- de la position couchée			
- de la position assise			
<b>rester debout</b>			
<b>rester assis</b>			
<b>vous déplacer :</b>			
- dans votre logement			
- à l'extérieur			
- utiliser des escaliers			
- conduire un véhicule			
- utiliser les transports en commun			
<b>utiliser la pince pouce index</b>			
<b>soulever et transporter des objets</b>			

### ENTRETIEN PERSONNEL

<b>vous habiller ou vous déshabiller</b>			
- haut du corps			
- bas du corps			
- boutonner			
<b>vous laver régulièrement</b>			
- douche			
- bain			
<b>faire vos courses</b>			
- prévoir ce que vous devez acheter			
- payer à la caisse			
<b>prendre vos repas</b>			
- porter à votre bouche			
- couper les aliments			
- vous servir à boire, ouvrir les yaourts			
- préparer les repas			
<b>utiliser les toilettes</b>			

### VIE QUOTIDIENNE- RELATION AVEC AUTRUI

<b>rester sans surveillance</b>			
- soit quelques instants			
- soit plusieurs heures (combien ?)			
<b>prendre des initiatives</b>			
<b>vous repérer dans les lieux</b>			
<b>faire des démarches administratives</b>			
<b>vivre seul(e) dans un logement indépendant</b>			
<b>tenir propre votre logement</b>			
<b>gérer votre budget et payer vos factures</b>			
<b>sortir seul dans la rue sans angoisse</b>			
<b>attendre en salle d'attente ou à un guichet</b>			
<b>respecter le traitement prescrit par le médecin</b>			

**COMMUNICATION**

lire			
écrire			
parler			
compter			
téléphoner – répondre au téléphone			
utiliser un ordinateur			

**FATIGABILITE**

précisez la distance au bout de laquelle vous êtes obligé de vous arrêter	plus de 200 m moins de 200 m
précisez le nombre d'étages que vous pouvez gravir sans vous arrêter	
essoufflement au moindre effort même en parlant	

**UTILISATION D'UN APPAREILLAGE :**

- 1 canne
- 2 cannes, déambulateur
- fauteuil roulant manuel- électrique
- appareil auditif
- stomie urinaire, digestive ou trachéale
- sonde urinaire
- alimentation par gastro ou jéjunostomie
- appareil de ventilation (*préciser*)
- autres appareillages (*préciser*)

**ENVIRONNEMENT HUMAIN :**

- Aide de l'entourage :  conjoint     enfant     ami - voisin     autre précisez :
- Prise en charge sanitaire :  hospitalisation complète     hospitalisation de jour  
 hospitalisation à domicile     suivi ambulatoire précisez :
- Conditions de logement :  au domicile d'un membre de la famille     en logement indépendant  
 en logement supervisé (Maison relais...)     en famille d'accueil  
 en foyer d'hébergement     en foyer de vie  
 en FAM     en MAS     en EHPAD
- Accompagnement :  SAVS     SAMSAH     GEM     autre précisez :
- Accueil dans un établissement médico-social :  Accueil de jour     ATL     autre précisez :
- Bénéficiez-vous de l'APA , de la Majoration Tierce Personne SS

Observations :

---



---



---



---



---



---



---

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° téléphone : fixe : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_  
**SCOLARITE** : Niveau d'études : primaire  secondaire  supérieur   
 Diplômes obtenus : certificat d'études  BEPC  Bac  Autres : lesquels : \_\_\_\_\_  
 Formation technique : apprentissage - préciser le métier :  
 CAP  BEP  BP  Bac pro  Autres : lesquels : \_\_\_\_\_

**PRINCIPALES FORMATIONS PROFESSIONNELLES ET/OU STAGES SUIVIS**

Dates	Organismes	Intitulés ou objet des formations	Diplômes obtenus

→ Vous n'avez jamais travaillé :

**PARCOURS PROFESSIONNEL**

Dernières périodes de travail	Employeurs	Emploi occupé (qualification)	Nature du contrat de travail (CDD – CDI- Intérim...)

→ Veuillez joindre un curriculum vitae.

**SITUATION ACTUELLE**

Travaillez-vous actuellement ? Oui  Non   
 Si vous travaillez à temps partiel, combien d'heures par semaine : \_\_\_\_\_  
 Nom du médecin du travail de votre entreprise : \_\_\_\_\_  
 Etes-vous en arrêt de travail ? Oui  Non   
 Si oui : - pour : maladie  accident du travail  maladie professionnelle   
 - depuis quelle date : \_\_\_\_\_  
 Si vous avez été licencié de votre dernier emploi, précisez le motif : (économique, pour inaptitude au poste, autre)  
 Percevez-vous : - des indemnités journalières   
 - une rente accident de travail  si oui, quel est votre taux d'IPP :  
 - une pension d'invalidité : 1<sup>ère</sup> catégorie  2<sup>ème</sup> catégorie   
 Etes-vous inscrit à Pôle Emploi (ANPE) : oui  non   
 Si oui, depuis quelle date : \_\_\_\_\_  
 Etes-vous indemnisé par Pôle Emploi : oui  non   
 Si oui, depuis quelle date : \_\_\_\_\_ jusqu'à quelle date : \_\_\_\_\_  
 Percevez-vous le RSA : oui  non   
 Si oui : - depuis quelle date : \_\_\_\_\_  
 - nom du travailleur social qui suit votre dossier : \_\_\_\_\_  
 Avez-vous le permis de conduire : oui  non   
 Quel est votre moyen de locomotion : \_\_\_\_\_

### **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...
- Aides 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 - Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (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 plis cacheté.

---

**Merci de dater et signer votre demande en page 8 du formulaire**

---

## Pensez à joindre...

... pour ces demandes



... les pièces cochées



	Demande d'allocation d'éducation pour l'enfant handicapé	Scolarisation formation pour enfant	Demande de cartes	Demande d'allocation adulte handicapé	Orientation en ESMS	Travail emploi formation pour adulte	Prestations de compensation
Formulaire de demande	X	X	X	X	X	X	X
Certificat médical du médecin traitant, et/ou du spécialiste, daté de moins de 3 mois	X		X	X	X	X	X
Le cas échéant, bilans des suivis (orthophonie, etc)	X						
Questionnaire « autonomie »			X	X	X	X	X
Photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille ou du passeport ou extrait d'acte de naissance			X	X	X	X	X
Justificatif de domicile			X	X	X	X	X
Photocopie du titre de séjour (pour les étrangers)			X	X	X	X	X
Attestation du jugement de tutelle ou curatelle sauvegarde de justice			X	X	X	X	X
Photocopie du titre Avantage vieillesse - pension invalidité - Rente accident du travail			X				
Attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant)	X						X
Justificatif de fonction élective (le cas échéant)							X
Déclaration de ressources de l'année antérieure				X			X
Relevé d'identité bancaire ou postal - RIB RIP	X			X			X
Attestation d'emploi (photocopie contrat de travail ou fiche de paie ou déclaration URSSAF)					X	X	
Attestation d'inscription à POLE EMPLOI (ex ANPE) (le cas échéant)						X	
Curriculum vitae						X	
Justificatifs de formation professionnelle						X	
Photocopie du permis de conduire (uniquement pour l'aménagement du véhicule)							X
Déclaration (CAF MSA) de situation pour les prestations familiales et les aides au logement				X			
Photocopie de la carte d'invalidité (si renouvellement ou si vous avez changé de département)			X				
2 photos d'identité du bénéficiaire (nom et prénom au dos)			X				
Attestation de l'attribution d'une pension d'invalidité			X				X