DEMANDE À LA MDPH



Article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées. Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.

À qui s'adresse ce formulaire?

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.

Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.

Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection, son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

En cas de difficulté pour remplir ce formulaire, vous pouvez contacter la MDPH du Val d'Oise.

En remplissant ce document, vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.

En fonction des conditions prévues par la réglementation, vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments

Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments

Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)

Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)

Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation

Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse

Que dois-je remplir?

Oui

C'est ma première demande à la MDPH

Dans quel département :

Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé

Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits

Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E

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

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

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

Votre aidant familial peut remplir la partie F

Vous avez déjà un dossier dans une MDPH?

N° de dossier :



Nom:

A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

identite de	-	o radano comoc	mo par la aomana	
Sexe :	Homme	Femme		
Nom de naissance :		Nom d'ép	ooux/se ou d'usage :	
Prénoms :			Date de naissance :	
Nationalité :	Française	Espace Économiq	ue Européen ou Suisse	Autre
Commune de naissance :			Département :	
Pays de naissance :	France	Autre, préciser :		
Si vous avez	z résidé à l'étranger, p	récisez votre date d'arriv	vée en France :	
Adresse (numéro et rue) :				
Si vous avez élu do (association, centre d'hébergement ou	omicile auprès d'un or d'action sociale), précisez	rganisme son nom:		
Complément d'adresse (si besoin p	précisez le nom de la perso	onne qui vous héberge):		
Code postal :		Commune :	Pays	s:
Téléphone :		Adresse e	-mail :	
Organisme payeur de prestations familiales/RSA :			d'allocataire :	
Organisme d'assurance maladie		MSA RSI	Autre (préciser) :	
Votre numéro de	e Sécurité Sociale :			
Si c'est votre enfant qui est con indiquer son numé				
Si vous avez une mutuelle,	, précisez le nom :			
A2 Autorité pa (pour les mine	arentale, délég eurs)	gation d'autorité	é parentale ou tute	elle
Qui exerce l'autorité parentale	Parent 1 or	u représentant légal 1	Parent 2 ou représ	sentant légal 2
Nom	:			
Prénom	:			
Date de naissance	:			
Adresse (Si différent de A1)	:			
Complément d'adresse	:			
Code postal	:			
Commune	:			
Pays	:			
Téléphone	:			
Adresse e-mail	:	······		
		s, de délégation d'autorité p t des modalités d'exercice d	arentale ou de tutelle, joindre un le l'autorité parentale	ne

Prénom:





Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH Vous acceptez que nous contactions ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

•	•		
	Un proche	Une association	Autre
Nom de l'association (si pertinent) :			
Nom et prénom de la personne :			
N° et rue :			
Complément d'adresse :			
Code postal :			
Commune :			
Téléphone :	Ad	dresse e-mail :	
A4 Vous bénéficie	ez d'une mesure de pro	otection (pour les adult	es)
Type de magure de protection	Représentant légal 1	Représentant lég	gal 2 (le cas échéant)
Type de mesure de protection (tutelle, curatelle, curatelle renforcée, habilitation familiale, sauvegarde de justice):			
Nom de l'organisme (si pertinent) :			
Nom de la personne :			
Date de naissance :			
N° et rue :			
Complément d'adresse :			
Code postal :			
Commune :			
Téléphone :			
Adresse e-mail :			
A5 Situation Merci de cocher si	vous pensez être dans une de	es situations suivantes:	
Vous n'arrivez plus à viv de ne plus arriver à vivr	vre chez vous ou vous risquez e chez vous	Vous risquez rapidement de per	dre votre travail
Votre école ne peut plus	s vous accueillir ou votre école	Vous venez de trouver un emple	

risque de ne plus pouvoir vous accueillir

Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement

Expliquer la difficulté :

commencez bientot une nouvelle formation

Date d'entrée prévue :

Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc...) (Afin d'éviter une rupture de droit, nous vous rappelons que vos demandes de renouvellement doivent être envoyées 6 mois avant la date d'échéance)

Renseignements obligatoires

Les documents suivants sont indispensables pour l'étude de votre dossier

- Un certificat médical de moins de 6 mois prévu pour les demandes MDPH
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal (Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile
 (Pour les enfants, joindre le justificatif de domicile du représentant légal; pour les personnes hébergées par un tiers: justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :

Le:

Signature :

Formulaire généré via le téléservice par :

Signature:

De la personne concernée

Du ou des représentants légaux

J'accepte, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.

ou

Je n'accepte pas que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.

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

Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants :

Renouvellement d'un droit ou d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas évolué,

Reconnaissance des conditions nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de l'aidant d'une personne handicapée,

Attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH),

Situation d'urgence.

Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçu(e) par la CDAPH.

Les informations que vous donnez sont confidentielles. La loi vous donne le droit d'être reçu par la

CDAPH. La CDAPH, c'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Créée par la loi 2005-102 du 11 février 2005, elle prend les décisions d'attribution des droits aux personnes avec un handicap sur la base de l'évaluation et

des propositions de la MDPH. Une évaluation approfondie va maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous recontactera si nécessaire. Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. »

(Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées .Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.



MDPH

Accueil physique:

Accueil téléphonique :

Votre vie quotidienne actuelle

Vous vivez : Nombre d'enfants à ch	Seul(e) narge :	En couple	Avec vos parents (ou l'un d'entre eux)	Avec vos enfan (ou l'un d'entre eu	••
Autre situation, p	réciser :				
vous êtes :	gement indépendan Propriétaire	locataire	Vous êtes hébergé(e) au c (pensez à indiquer son nom e De vos parents (ou l'un d'entre eux)	et son adresse dans le blo De vos enfants (ou l'un d'entre	eux)
	ement médico social e nom, le type et le lieu	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	D'un(e) ami(e)	D'un autre mer votre famille	nbre de
				D'une famille d	'accueil
Autre situation, p	oréciser :				
Avez-vous déjà eu ?		Un accident causé p	par un tiers	Un accident du trava	ail
Un autre acciden	t, préciser :				
Suite à cet accident y	a-t-il une demande	d'indemnisation en cours	s ou ayant abouti ?	Oui	Non
Si oui, auprès de	quel organisme :				
		Aide financière et	ressources		
Vous recevez les a	ides, ressources e	et/ou prestations suiva	ntes :		
Allocation aux a	dultes handicapés (AAH)	Revenu de solidar	ité active (RSA)	
	age versée par Pôle			arité spécifique (ASS)	
Dans les 12 mois p Un revenu d'act		mande, avez-vous per		ités journalières	
	d'une activité en ES.	AT		/ Au :	
Pension d'invalidité	: 1 ^{re} catégorie	2º catégorie	3 ^e catégorie depuis le	:	
Autres pension	ns de ce type : (per	nsion des deux tiers, d'incap	pacité, etc)		
Majoration tier	ce personne	Allo	cation supplémentaire d'i	nvalidité	
Rente d'accide	ent ou maladie pro	fessionnelle Pres	station complémentaire de	e recours à tierce pe	ersonne
Retraite pour i	naptitude dans la f	fonction publique ou re	etraite anticipée depuis le	:	
Taux d'IPP (Incapacité	é Permanente Partielle):	. %		
		ne pension d'invalidité nte d'accident du trav	e vail ou maladie profession	nnelle	
Pension de ret	traite	Vous	s êtes retraité(e) depuis le	e:	
	éficiaire de l'ASPA mandé une pensio	A (Allocation de Solidarité p	our les Personnes Agées)		
	·	(Allocation Personnalisée d'	'Autonomie)		

Quelle(s) aide(s) avez vous actuellement?

	Aménagement de logement		Aménagement de véhicule	Aides animalières
Aide matérielle		des techniques (préciser) : : barre d'appui,déambulateur		
	Aut	tres :		
Aido à la norsonno	Vo	otre famille	Professionnel de	soins à domicile
Aide à la personne (avec quelqu'un	Un	accompagnement médico-so	cial	
qui aide)	Aut	tres :		

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfan	t, exercez-vous	une activité professionnelle	à temps partiel ou	avez-vous dû
renoncer à votre emploi ?	Oui	Non		

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : heures par semaine.

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : heures.

Si vous travaillez à temps partiel, veuillez préciser la quotité : %.

Frais liés au handicap et restant à charge

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions
---------------	-----------	---------------	-------------------	------------

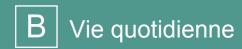


Vos besoins dans la vie quotidienne

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaitre par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap;
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parent(s);
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoin pour la vie à domicile					
Pour régler les dépenses courantes (loyer, énergie, habillement, alimentation)	Pour faire les courses				
Pour gérer son budget et répondre aux	Pour préparer les repas				
obligations (démarches administratives assurances, impôts)	Pour prendre les repas				
Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)	Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements				
Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir)	Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation)				
Autre besoin, préciser :					



Besoin pour se déplacer					
Pour se déplacer dans le domicile	Pour utiliser un véhicule				
Pour sortir du domicile ou y entrer	Pour utiliser les transports en commun				
Pour se déplacer à l'extérieur du domicile	Pour partir en vacances				
Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement po	our vous déplacer ? Oui Non				
Autre situation, préciser :					
Besoin po	our la vie sociale				
	V				
Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre	Pour s'occuper de sa famille				
Pour avoir des activités sportives et des loisirs Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative)					
Pour les relations avec les autres	Pour assurer sa sécurité				
Autre besoin, préciser :					

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :						
Vivre à domicile	Une aide pour se déplacer	Un accueil temporaire en établissement				
Vivre en établissement	Du matériel ou équipement	Une aide animalière				
Un aménagement du lieu de vie	Une aide financière pour des dépenses liées au handicap	Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne				
Une aide humaine* : quelqu'un qui aide	Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne	Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D)				
Aménagement véhicule		ia partie Dj				
Autre attente, préciser :						

^{*}Attention la PCH aide humaine ne prend pas charge l'aide ménagère.

	éjà identifié un établissement ou un service d'accue nement ou de soin qui pourrait répondre à vos atter		Oui	Non
Si oui lequel /		Êtes-vous en contact	Oui	Non
lesquels :		Êtes-vous en contact	Oui	Non

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



Merci de joindre si possible les documents justificatifs suivants. Ils sont nécessaires à l'évaluation de votre situation et faciliteront le traitement de votre demande :

- Justificatifs, factures ou devis en votre possession concernant les frais évoqués en B1 et B3
- En cas de réduction d'activité professionnelle pour la prise en charge de l'enfant en situation de handicap : Contrat de travail, bulletin de salaire, ou attestation de l'employeur justifiant la réduction du temps de travail ou le temps de travail effectif du ou des parents
- En cas d'emploi rémunéré d'une tierce personne : Attestation d'emploi, contrat de travail, déclaration URSSAF, facture d'un service à domicile, précisant le nombre d'heures d'aide humaine
- En cas d'attribution d'une pension de retraite ou d'une pension d'invalidité avec Majoration tierce personne, ou d'une rente accident du travail maladie professionnelle avec prestation pour recours à une tierce personne, joindre une copie du justificatif

C1 Situation scolaire actuelle

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :	
En milieu ordinaire	Au sein de quel(s) établissement(s) et dans quelle classe ?
À domicile	
Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social (IME, ITEP)	
En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile	
En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire	Depuis le :
En formation supérieure	
Autre, préciser :	
Si l'enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont- charge par l'assurance maladie,	
Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :	
II est trop jeune	Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social
À partir de quand sera-t-il scolarisé ?	Préciser :
Autre, préciser :	
Si vous êtes étudiant ou en apprentissage :	Nom de l'établissement :
Type d'études :	
	Adresse :
Diplôme(s) obtenu(s) :	
	Ville et pays :
Diplôme(s) préparé(s) :	
	Depuis le :

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Diplôme en Fra	ance / Équiv	alence de votre ni	veau				
École éléme	entaire	Classe ordinaire	CLIS/ULIS	IME IMP	RO Pré	ciser:	
Collège		Classe ordinaire	SEGPA	UPI / UL	IS Pré	ciser :	
Lycée		CAP	BEP	BAC		ciser :	
Université							
Dernière classe	fréquentée :			Année :	Pay	/s:	
	•	tenu			•	/s :	
Avez-vous renco	ontré des diffi	cultés dans votre pa	rcours scolaire ?	' Si oui, lesquell	es:		
Vous dispos	sez actuelle	ment d'accompagi	nements ou de	soins :			
Soins	hospitaliers		Soins e	n libéral			
Autre, pi	réciser :						
Vous dispos	sez actuelle	ment d'adaptations	s des condition	s matérielles :			
	Aménagements et adaptations Outils de communication Matériel informatique et pédagogiques audiovisuel						atique et
Matériel	déficience a	uditive	Matérie	l déficience visu	uelle	Mobilier et petits	s matériels
Transpo	rt						
Autre, pı	réciser :						
Vous dispos	sez actuelle	ment d'une aide h	umaine aux élè	ves handicape	és :		
Si oui, p	réciser laque	lle :					
Emploi du ter	nps actuel	(accompagneme	ent et soins, li	eux) :			
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soirée/nuit							



Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoins en lien avec les apprentissages				
Pour lire	Pour écrire, prendre des notes			
Pour calculer	Pour comprendre, suivre les consignes			
Pour organiser, contrôler son travail	Pour l'utilisation du matériel			
Autre, préciser :				
Besoins pour communic	quer			
Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre Pour	Pour les relations avec les autres			
assurer sa sécurité				
Autre, préciser :				
Besoins pour l'entretien p	personnel			
Decemb pour remarkem p	33000111101			
Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)	Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements)			
Pour les repas (manger, boire)	Pour prendre soin de sa santé			
Autre, préciser :				
Besoins pour se déplacer				
Pour co déplacer à l'intériour des locaux	Pour se déplacer à l'extérieur des locaux			
Pour se déplacer à l'intérieur des locaux Pour se rendre à l'établissement	1 out de déplacer à l'exterieur des locaux			
Pour se renure à relabilssement				
Autre, préciser :				



Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :				
Une orientation scolaire Une prise en charge par un ét sans hébergement (externat)		Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation		
		Une prise en charge par un établissement sans hébergement (externat)		
		Une prise en charge par un établissement avec hébergement (internat)		
Autre, préciser :				
Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire, universitaire ou médico-social qui pourrait répondre à vos attentes ? Si oui, leguel ?				
	, ·			
Avez-vous déjà p	ris contact avec cet établissement ?	Oui	Non	

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le «GEVAsco». Le GEVASco, c'est un guide de recueil de données que vous remplissez avec le directeur d'établissement (première demande) ou l'enseignant référent (réexamen, renouvellement). Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.



Pour les enfants scolarisés joindre impérativement le formulaire GEVASco pour toute demande de renouvellement d'aide pour la scolarisation et si possible pour toute première demande à ce propos.

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

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

D Votre situation professionnelle



D1 Votre situation actuelle

Vous avez un emploi depuis le	e:
En milieu ordinaire En entreprise adaptée	Votre emploi :
En milieu protégé (Établissements et services d'aide par le travail – ESAT)	Temps complet Temps partiel
Votre type d'emploi : CDI CDD Interim Contrat aidé	Si temps partiel, fournir une copie du contrat de travail
Votre employeur :	Est-il adapté à votre handicap ? Oui
Nom :	Non, préciser :
Adresse:	
	Quelles sont les difficultés liées à votre handicap ?
Stagiaire de la formation professionnelle	
Rémunéré : Oui Non	
Préciser le nom de l'organisme :	
Travailleur indépendant. Régime :	
Vous bénéficiez ou avez bénéficié d'un accompagnement pour	conserver votre emploi :
	e d'appui à la recherche et au maintien dans ravailleurs handicapés (CapEMPLOI - SAMETH)
Fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin de sant médecin de santé au travail.	té au travail ou dernière fiche de visite médicale auprès du
Des aménagements ont été réalisés sur votre poste de tra	avail. Préciser lesquels :
Vous êtes actuellement en arrêt de travail	depuis le :
Arrêt maladie avec indemnités journalières	Arrêt suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle
Arrêt maladie sans indemnités journalières	Congé maternité / congé d'adoption / autres
Avez-vous rencontré un professionnel du service social de votre caisse de retraite ou l'assurance maladie ?	Non Oui, le
Avez-vous rencontré le médecin de santé au travail en visite de pré-reprise ?	Non Oui, le

Vous êtes sans emploi depuis le :				
Avez-vous déjà travaillé : Si oui, à quel poste ? Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes actuellement sans emploi :	Oui Non	Votre situation : Inscrit(e) à Pôle Emploi . En formation continue. Préciser :		
		Étudiant(e) (dans ce cas compléter également la partie C)		
		Depuis le :		
Accompagnement vers l'emploi ré	alisé par :			
Mission locale Cap emplo	i Pôle Emploi	Un référent RSA désigné par le Conseil Départemental		
Autres, préciser :				
Bénéficiez-vous des prestations s Aides de l'association de gestion pour l'insertion professionnelle de	du fonds	Aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)		
handicapées (AGEFIPH)	20 porooriiio			

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou d'une orientation professionnelle valant RQTH (orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées vers un ESAT, vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP) ?

Oui Non

D Votre situation professionnelle



Votre parcours professionnel

Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

Année(s)	Intitulé du poste	Nom de l'entr	eprise	ou partiel	Motif de fin d'activité
Votre niveau d'étude			Vos form	nations :	
École élémentai	Ğ	waité		avez suivi une (d	es) formation(s) er laquelle / lesquelles :
Lycée Si scolarité adaptée	Supérieur (univer (ULIS, SEGPA) préci		profess	, proofe	is is a quality in a quality in the second of the second o
	, .				
Dernière classe fré	équentée :		Autres	langues parlées :	
Diplômes obtenus : Merci de préciser votre	e / vos dernier(s) diplôn	ne(s)			
Dip	olôme	Année d'ob	tention		Domaine
	effectué un bilan (comp préciser l'année et l'org		d'orienta	ition professionne	lle - MOP,

D Votre situation professionnelle



Votre projet professionnel

Avez-vous un ou plusieurs projet(s) professionnel(s)?	
Si oui, le(s)quel(s):	
Avez-vous besoin d'un soutien pour :	
Faire un bilan de vos capacités professionnelles	Accéder à un emploi
Préciser votre projet professionnel	Accéder à une formation
Adapter votre environnement de travail	
Avez-vous éventuellement déjà identifié une structure qui	
pourrait répondre à vos attentes? Si oui, laquelle :	
Avez-vous déjà pris contact avec cette structure ?	Oui Non

Autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre situation professionnelle :

Expression des demandes de droits et prestations



Demandes relatives à la vie quotidienne

Les droits et les prestations délivrés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sont soumis à certaines conditions, notamment liées à l'âge :

Vous avez moins de 20 ans :

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Carte mobilité inclusion - Mention invalidité

(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité)

Carte mobilité inclusion - Mention priorité

Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Vous avez plus de 20 ans :

Allocation aux adultes handicapés (AAH). Dans ce cas, compléter également la partie D. La loi prévoit que la MDPH évalue le droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et à l'orientation professionnelle lorsqu'une demande d'AAH est formulée. (Sous certaines conditions, le droit à l'AAH peut être ouvert avant l'âge de 20 ans.)

Complément de ressources

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) pour adultes

Maintien en établissement ou service médico-social (ESMS) au titre de l'amendement Creton

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (en cas de renouvellement ou de révision)

Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) (en cas de renouvellement ou de révision)

Carte mobilité inclusion - Mention invalidité

(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité)

Carte mobilité inclusion - Mention priorité

Carte mobilité inclusion - Mention stationnement

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)



Demandes relatives à la vie scolaire

Parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social. Préciser éventuellement votre demande :



Expression des demandes de droits et prestations



Demandes relatives au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle (Dans ce cas, compléter aussi la partie D)

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Orientation professionnelle

Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) ou Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)

Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Marché du travail Avec accompagnement par le dispositif Emploi accompagné

«Le dispositif emploi accompagné propose un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle du travailleur handicapé et à son employeur. Peuvent être bénéficiaires de ce dispositif les travailleurs handicapés:

- ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
- accueillis dans un établissement ou service d'aide par le travail ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
- déjà en emploi en milieu ordinaire de travail, rencontrant des difficultés particulières pour sécuriser leur insertion professionnelle. »

Bénéficiez vous de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) ?

Dans ce cas il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH car l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés vaut RQTH.

Vous bénéficiez de l'OETH si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- Titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain;
- Ancien militaire ou assimilé, titulaire d'une pension militaire d'invalidité à condition que votre invalidité ait réduit de deux tiers votre capacité de travail ou de gain ;
- Veuve ou orphelin de victime militaire de guerre ou de titulaire de pension militaire d'invalidité (sous certaines conditions);
- Titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;
- Titulaire de la carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité;
- Titulaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Par ailleurs certaines orientations professionnelles valent RQTH. Ainsi, il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH si vous bénéficiez d'une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vers un Établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP). »

Vous venez de formuler une demande de droits et prestations.

Conformément à la loi du 11 février 2005, l'équipe de la MDPH peut proposer à la décision de la CDAPH, sur la base de l'examen de votre situation et de l'expression de vos besoins, l'ouverture de droits complémentaires.

F Vie de votre aidant familial

Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à l'aidant familial de la personne en situation de handicap. L'aidant familial, c'est une personne de l'entourage qui aide la personne en situation de handicap au quotidien. Si plusieurs aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, remplissez une feuille pour chacun. Vous pouvez expliquer à la MDPH l'aide que vous apportez actuellement à la personne en situation de handicap et vous pouvez exprimer vos attentes et vos besoins.

F1 Situation et besoins de l'aidant familial				
Nom de l'aidant :				
Date de Prénom de l'aidant : naissance :				
Adresse de l'aidant :				
Nom de la personne aidée :				
Votre lien avec la personne en situation de handicap :				
Vivez-vous avec la personne en situation de handicap : Non Oui, depuis le				
Êtes-vous actuellement en emploi : Oui Non Réduction d'activité liée à la personne aidée	orise en charge de la			
Nature de l'aide apportée :				
Surveillance / présence responsable Coordination des intervenants	s professionnels			
Aide aux déplacements à l'intérieur du logement Gestion administrative et jurid	lique			
Aide aux déplacements à l'extérieur Gestion financière				
Aide pour entretenir le logement et le linge Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.)			
Aide à l'hygiène corporelle Aide à la communication et au	ux relations sociales			
Aide à la préparation des repas Aide au suivi médical				
Aide à la prise de repas				
Autre, préciser :				
Qui participe avec vous à l'accompagnement de la personne aidée ?				
Un (des) professionnel(s) Un (ou plusieurs) autre(s) proche(s) Je suis le seul a	aidant du demandeur			
Êtes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?				
Non Oui, préciser :				
En cas d'empêchement, avez-vous une solution Oui, laquelle : pour vous remplacer ? Non				

F Vie de votre aidant familial

Vous êtes ou serez pro	ochainement dans l'une des situation	s suivantes :	
Éloignement géogra	phique (déménagement)	Problème de santé	
Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation)		Changement majeur dans la situation professionnelle	
Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite)		Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge)	
Autre, préciser :			
F2 Vos attentes	s en tant qu'aidant famili	al	
Pouvoir vous repose	er au quotidien	Obtenir une contrepartie financière	
Pouvoir vous faire re	mplacer en cas de besoin	Échanger avec d'autres aidants	
Pouvoir vous faire re	emplacer en cas d'imprévu	Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche	
Pouvoir vous faire re en week-end/vacand		Avoir un soutien psychologique	
Reprendre/renforcer professionnelle	/maintenir votre activité	Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche	
Reprendre/renforcer	/maintenir vos liens sociaux	Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse	
Autre, préciser :			
	ellement déjà identifié un service ourrait répondre à vos attentes? Si oui, lequel / laquelle :		
Vous souhaitez mieux	connaître les dispositifs et aides exis	tants ·	
Pour vous	Pour la personne aidée		
	ue vous souhaiteriez nous communiqu	uer concernant votre vie d'aidant :	
Signature de l'aidant :			