

Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

Merci d'écrire en LETTRES MAJUSCULES. Veiller à indiquer en haut de chaque page les nom et prénom de la personne concernée.

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

Si vous êtes hébergé en établissement, renseignez votre adresse avant entrée en établissement

N° : Rue :

Complément d'adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Portable :

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"/>
Portable :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse électronique :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle depuis le : _____ Le stage est-il rémunéré ? Nom de votre employeur / ou organisme de formation : _____ Adresse de votre employeur N° et Rue : _____ / ou organisme de formation Complément d'adresse : _____ Code postal : _____ Commune : _____ Téléphone de votre employeur : _____ ou organisme de formation : _____	Vous _____ <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Votre conjoint(e) _____ <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	<input type="radio"/> Non salarié(e) depuis le : _____ 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"/> Oui <input type="radio"/> Non
	<input type="radio"/> Retraité(e) depuis le : _____ Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ? 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"/> 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 Rente accident du travail : Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	_____ <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	<input type="radio"/> Autre depuis le : _____ (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 - Autre situation de la personne concernée

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

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

Pensez à compléter la fiche de temps de scolarisation en annexe 1 de ce dossier.

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'État 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	COUTS			PÉRIODICITÉ
	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	
				Semaine, mois, année, occasionnelle
	Total			

D - Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou un 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.

Nom de l'école ou l'enfant est scolarisé : _____

Commune de l'école : _____ Classe de scolarisation : _____

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? Oui Non

Précisez : _____

Nom : _____

Code postal : Commune : _____

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 6 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

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 d'action sociale et des familles.

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

Fait à : _____ Le : | | | | | | | | | |

Signature obligatoire (à compter de 18 ans il appartient au demandeur de signer ou à son représentant légal)

- de la personne concernée de son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexacts 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.

EMPLOI DU TEMPS DE L'ENFANT

Nom prénom : _____ Date : _____

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
8h - 9h							
9h - 10h							
10h - 11h							
11h - 12h							
12h - 13h							
13h - 14h							
14h - 15h							
15h - 16h							
16h - 17h							
17h - 18h							
18h - 19h							
19h - 20h							
nuit							