Tampon dateur de la MDPH

## Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH Enfants/Jeunes (0-20 ans)



Vous formulez une demande auprès de la MDPH	pour votre enfant
Nom de naissance :  _   _   _   _   _   _   _   _   _	
Prénom(s) : IIIIIIIIIIII	
Date de naissance : lı_lllll	
Si votre enfant a déjà un n° de dossier MDPH, précis	ez:
Le n° : lllll	Dans quel département ? III
Il s'agit des demandes suivantes : (à cocher)  ☐ AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé) et ☐ Parcours de scolarisation, de formation, ou de soir médico-social	. ,
☐ Cartes	
Prestations de Compensation du Handicap (PCH)	
AAH (Allocation aux adultes handicapés)	
☐ Travail Emploi et Formation Professionnelle	

## Pièces obligatoires à joindre à toute demande

- > Présent formulaire de demandes signé et daté
- ➤ Certificat médical datant de moins de 3 mois
- ➤ Photocopie de la carte nationale d'identité ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France, du représentant légal de l'enfant ou/et du jeune majeur
- ➤ Justificatif de domicile (factures EDF/GDF, quittance de loyer...) de moins de trois mois
- ➤ Une copie du jugement de tutelle ou de curatelle (le cas échéant)

☐ Orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

## Pièces complémentaires (photocopie)

- > 3 photos d'identité (avec nom et prénom au dos) pour les demandes de cartes
- ➤ Tout compte-rendu médical ou paramédical (sous pli cacheté portant la mention « document soumis au secret médical ») pouvant aider à l'évaluation du dossier
- ➤ Une copie de l'extrait du jugement précisant l'organisation de la garde de l'enfant en cas de séparation ou de divorce
- ➤ Si vous avez diminué ou arrêté votre temps de travail : joignez le justificatif
- ➤ Si vous avez recours à l'emploi d'une tierce personne : contrat de travail, fiches de paie, déclaration URSSAF ou autre document
- ➤ Si vous avez des frais supplémentaires liés au handicap de votre enfant :
  - pour les aides techniques et/ou les frais de rééducation joindre les prescriptions, factures, devis, remboursements sécurité sociale et mutuelle, assurance, argumentaire rédigé par un professionnel de santé.
  - pour les autres frais précisez la part restant à votre charge et joignez les justificatifs (par exemple : factures protections d'hygiène...)

Pour la formulation de vos demandes et l'expression de votre projet de vie, la MDPH, votre CCAS, et les associations de personnes handicapées peuvent vous aider.

« Pensez à conserver une copie du dossier de votre enfant et des documents qui y sont joints. »

Page	2/11	Nom:	Prénom :		
<b>A</b> -	Nom de naissance : I_I Prénom(s) : I_I_I_I_I_I Sexe :	O Féminin  EEE ou Suisse O Autr			
A2 -	- Adresse actuelle de l'enfant ou du jeune adulte concerné par la demande  N°: Rue:  Complément d'adresse:  Code postal:   _   _   _   _   _   _ Commune:  Téléphone:   _   _   _   _   _   _   _   _   _				
A3 -	Nom: Prénom: N° et Rue: Complément d'adresse: Code postal: Commune: Téléphone: Téléphone mobile Adresse électronique: En cas de séparation ou Précisez qui détient l'auto Si autre, précisez les coo N°: Rue: Complément d'adresse: Code postal: IIII Téléphone: IIII	ordonnées de la personne ou organism 	Père		

Page 4/11 Nom: Prénom:

	Vous O mère O père O jeune adulte	Votre conjoint
O Stagiaire de la formation professionnelle		
depuis le : Durée du stage :		
Le stage est-il rémunéré ?	O Oui O Non	O Oui O Non
Nom de votre employeur :		
ou organisme de formation		
Adresse votre employeur : N° et Rue : ou organisme de formation		
Complément d'adresse :		
Code postale :		
Commune :		
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation		
O Non salarié(e) depuis le : y compris exploitant agricole, prof. libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
O Inscrit(e) comme demandeur d'emploi		
depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique?	O Oui O Non	O Oui O Non
O Retraité(e) depuis le :  Recevez-vous l'Allocation		
Supplémentaire Personne Agée ?	O Oui O Non	O Oui O Non
Avez-vous demandé une pension de retraite?	O Oui O Non	O Oui O Non
O Bénéficiaire d'une pension depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	01 02 03	01 02 03
Rente accident du travail ?	O Oui O Non	O Oui O Non
Recevez vous l'Allocation		
Supplémentaire d'Invalidité ?	O Oui O Non	O Oui O Non
(Parents au foyer, arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH)		
Précisez :		
A8 - Logement du jeune adulte concerné ou	de la nersonne avant	l'enfant à charge
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	O Hébergé(e) chez un parti	
·	Treberge(e) chez un parti	culler (larrille, arril)
O Propriétaire ou accédant à la propriété		
<ul> <li>Autres (hospitalisé, accueilli en établissement</li> <li>Nom de l'établissement :</li> </ul>	• •	
Adresse de l'établissement : N° :	Rue :	
Complément d'adresse :		
· ·	ne :	

Page 5/11 Nom: Prénom : Expression des attentes et besoins de la personne concernée – (Projet de vie) Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation. Ce paragraphe « projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ... Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement : Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF: Langue des Signes Française + langue française) Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment (Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre) O Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins • Je ne souhaite pas m'exprimer Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement

accompagnée dans cette formulation :

Page 6/11	•	Nom:		Prénom :		
La personne concerné		•		par la demande sionnaire Oen externat Oà domicile		
Modalités de ga	arde					
		Temps de prise en charge, précisez nombre (½ journée/semaine et nombre de nuits/semaine)		Coordonnées de l'établissement		
Crèche						
Assistante maternelle	9					
Garde d'enfant à domicile						
Halte garderie						
Centre de loisirs						
Autres						
Scolarité, Form	nation et Soin Classe ou Parcours	S   Temps de prise en charge, précise: (1/2 journée/semaine et nomb nuits/semaine)		Coordonnées de l'établissement		
Ecole, Collège, Lycée		,				
Enseignement supérieur						
Etablissement médico-social						
Service médico-social (SESSAD, SSEFIS)						
Etablissement sanitaire (hôpital de jour)						
Autres						

Page 7/11 Nom: Prénom : **Autres types d'accompagnements** Temps de prise en charge Cordonnées du professionnel (nombre de séances/semaine) Orthophoniste Ergothérapeute Psychomotricien Psychologue Kinésithérapeute Educateur spécialisé (Camsp - Sessad) Pédopsychiatre Service hospitalier spécialisé Autres (à préciser) **Autonomie** Votre enfant a-t-il besoin d'une aide directe plus importante pour les actes de la vie quotidienne

u'un jeune du même âge?	
Non	
Oui, précisez ce que l'enfant ne peut pas faire seul (par exemple s'habiller, faire sa toilette) et par qui il est aidé	
otre enfant a-t-il besoin d'une surveillance particulière?	
• Non	
Oui, précisez laquelle, à quels moments, ce que cela induit dans votre vie quotidienne	

Page 8/11	Nom :		Pré	nom :		
C - Demande d'Allocation	on d'Education	de l'Enfant Ha	andicapé et so	n complément		
○ Première demande	O Renouvellem	nent 🔿 Révi	sion			
Présence d'une personi	ne auprès de l'enf	<u>fant</u>				
	Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez- vous dû renoncer à votre emploi, ou à une recherche d'emploi?					
Si vous recourez à l'emplo de votre enfant, veuillez p	oi rémunéré d'une précisez le temps d	tierce personne, e rémunération :		ation heures par semaine		
Si l'emploi n'est pas régul		r le nombre d'heu	ıres par mois :	heures		
Frais supplémentaires I Aides techniques, appare divers (non remboursés o complémentaires : ex, pro	illages, frais de ga u partiellement rer	nboursés par votr	e assurance mala	•		
NATURE DES FRAIS		COÛTS		PÉRIODICITÉ		
	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	Semaine, mois, année, occasionnelle		
	TOTAL					
D - Demandes relatives à accompagnement par u  1.1. Scolarisation Pour ces demandes, per peuvent vous être co	un établisseme rendre contact av mmuniquées par	nt ou service	médico-social référent dont les	coordonnées		
<ul> <li>PPS – Projet personnalisé (</li> <li>AVS – Auxiliaire de vie scola</li> </ul>						
O MPA – Matériel pédagogiqu	e adapté					
<ul><li>CLIS – Classes d'inclusion s</li><li>ULIS – Unité localisée po</li></ul>	" ,	ire (collège)				
O ULIS – Unité localisée po		. • ,	e/pro)			
<ul><li> EGPA – Enseignements of Enseignement supérieur</li></ul>	généraux pré-profe	ssionnels adapté O Autre	s ( SEGPA, EREA	A, LEA)		

	9/11 Nom :	Prénom :
1.2	2. Prise en charge médico-sociale	
	<ul> <li>○Etablissement médico-social (IME, I°</li> <li>▶ Régime souhaité : ☐ en externate</li> <li>▶ Temps d'accueil : ☐ temps pleir vous avez une préférence pour un ou pluciaux, précisez-le ci-dessous</li> </ul>	t (avec demi-pension) □ en internat □ en accueil temporai
	Demande de cartes	
_	☐ Carte d'invalidité (accordée si taux d	incapacité > ou égal à 80%)
	☐ Carte de priorité	insupusite ou ogai a sovoj
	☐ Carte européenne de stationnement	
-	Demande de prestation de com	oensation
	O Prestation de Compensation - PCH Pour un enfant, merci de remplir é d'Education d'Enfant Handicapé)	galement le paragraphe C – Demande d'AEEH (Allocation
	Pour votre demande de PCH, pouvez-v	ous préciser vos besoins, s'il s'agit de :
	☐ Aide humaine (hors AVS auxiliaire de Précisez :	,
	☐ Aide technique, matériel ou équipem Précisez :	ent (hors MPA : matériel pédagogique adapté)
	☐ Aménagement du logement / démén Précisez :	agement
	☐ Aménagement du véhicule / surcoû Précisez :	t lié au transport
	☐ Charges spécifiques / exceptionnelle Précisez :	es

aidant familial à l'assurance vieillesse est faite automatiquement par la CAF.

La CAF ou la MSA contactera directement l'aidant familial pour effectuer cette demande d'affiliation.

## Espace réservé

Page 10/11 Nom: Prénom : **ATTENTION** si votre enfant a entre 16 et 20 ans, remplir éventuellement les rubriques « H », « I », « J ». Н-Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources ☐ Complément de ressources ☐ Allocation aux Adultes Handicapés – AAH Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez recu : O un revenu d'activité du: | | | | | | | | | au:|\_\_|\_| O un revenu issu d'une activité en ESAT du:| | | | | | | | | au:| | | | | | | | | | O des indemnités journalières de la Sécurité sociale du: I I I I I I I I I au:| | | | | | | | | En cas de doute, précisez la nature du revenu : L Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle ☐ Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH ☐ Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B) ☐ Orientation / Reclassement : O Formation O 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 : O Un accueil de jour – précisez : O Un hébergement de nuit – précisez : \_\_\_\_\_ O Un hébergement permanent – précisez : O Un accompagnement – précisez : \_\_\_\_\_\_ O Autres (accueil temporaire ...) – précisez : \_\_\_\_\_\_ Quelle orientation souhaitez-vous? O Un accueil de jour (CAJ, ...) O Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...) O Un hébergement permanent (maison d'accueil spécial spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé) O Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale – SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé – SAMSAH ...)

Nom:

• Autres (accueil temporaire ...)

Code postal : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Téléphone : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Date d'entrée souhaitée : l\_\_|\_|\_|\_|\_|

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

Commune :

( - Pr	ncédura	simplifiée	•		
Q T (() A a	du'est-que la foute demand CDAPH).  Ifin de privilé bsence dans le renouvell pas évolué la reconnais l'attribution de la tierce	procédure simplifiée ?  le fera l'objet d'une décision de la gier un traitement plus rapide de les cas suivants : lement d'un droit ou d'une presta de façon significative ; ssance de la qualité de travailleur de la carte d'invalidité ou de la c	carte portant la mention « priorité pour personi s nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l' capée ;	PH peut statuer ou votre situation	en votre on n'ont
Po	our ces ca	s là, souhaitez-vous bénéfi	icier d'une procédure simplifiée ?	⊙ Oui	O Non
néce Dans I	essaires à	des principes des règles de	tation, toutes informations rojet auprès d'organismes extérieurs éontologiques et du secret profession Le : I_		<b>○</b> Non
Signatu	ire :	O du représentant léga	al O la personne concerné	e majeure	
à : nature :		du représentant légal	L  ⊙ la personne concernée maj	e : lı_lı eure	lıı_

« 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 personne handicapées.

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