Maison Départementale des Personnes Handicapées
Val de Marne

Demande MDPH ENFANTS

Vous formulez une demande auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour votre enfant :

NOM : ……..
PRENOM : ……..
Date de naissance : ……

Il s'agit d'un(e) : ☐ Première demande ☐ Renouvellement
☐ Réexamen si votre situation a évolué

Si renouvellement ou ré-examen, **N° de dossier MDPH :……..**

REMPLISSEZ VOTRE DEMANDE EN LETTRES MAJUSCULES

Pour la formulation de vos demandes et l'expression de votre projet de vie, la MDPH, votre CCAS, l'Espace départemental des solidarités (EDS) et les associations de personnes handicapées peuvent vous aider.

ADRESSE :

MDPH du Val-de-Marne
Immeuble Solidarités
7/9 voie Félix Eboué
94046 CRETEIL Cedex

lignes de bus

104 : arrêt Mondor-Laferrière
217 : arrêt CHU Henri Mondor
172 : arrêt Créteil l'Echat (terminus de la ligne)

ligne de métro

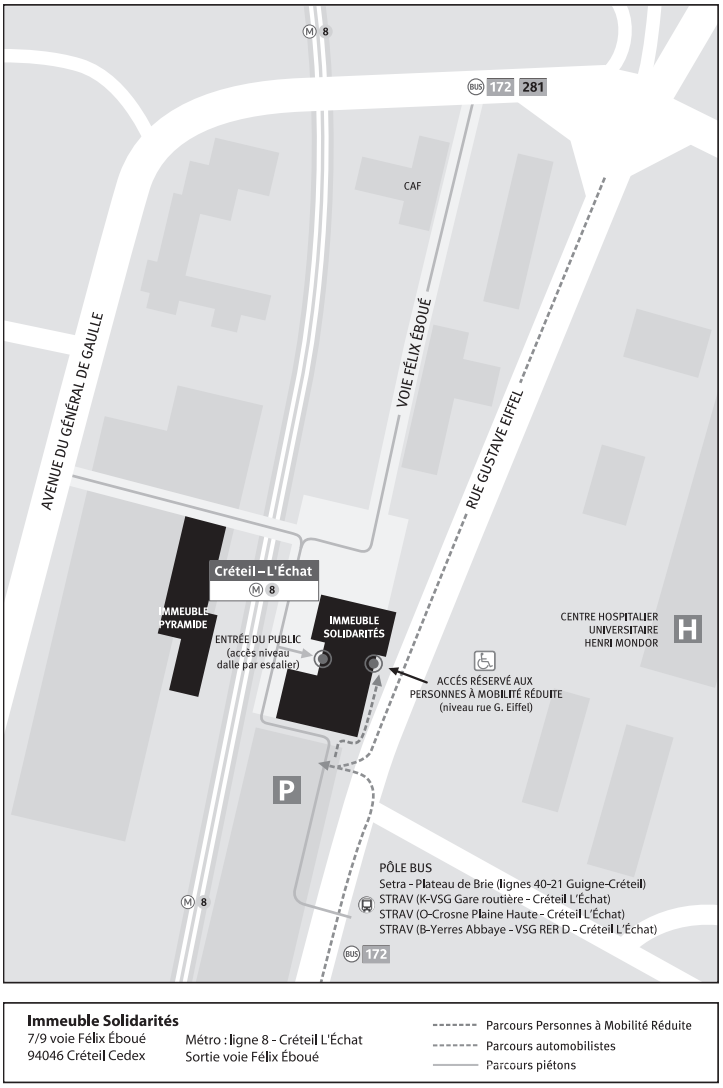
Ligne 8 : arrêt Créteil l'Echat

Horaires d'ouverture de la MDPH :

(Merci de vous présenter, au plus tard, 30 minutes avant la fermeture)

Du Lundi au Vendredi : **9h00 - 12h30 / 13h30 - 16h30**
Fermeture de la MDPH tous les mardis après-midi
Accueil téléphonique jusqu'à **17h00**
Téléphone : **01 43 99 79 00**
Courriel : autonomie@valdemarne.fr

Ce dossier est à envoyer
ou à déposer à la MDPH
après en avoir gardé une copie.



AVANT DE REMPLIR TOUTE DEMANDE, MERCI DE LIRE LA NOTICE

Pour <u>toute demande</u>, n'oubliez pas :

1. **D'inscrire le nom et le prénom de votre enfant en haut de chaque page ;**
2. **De signer la page 19 ;**
3. **De joindre les justificatifs listés à la page 20 ;**
4. **Si votre enfant a entre 16 et 20 ans, de remplir éventuellement les rubriques H, I et J.**

Rubrique C : « 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 cités en page 1.

→ Vous avez formulé une demande d'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé et son complément (AEEH) ou une demande de Prestation de Compensation (PCH), veuillez compléter le volet « **projet de compensation de l'enfant dans sa vie quotidienne** » situé pages 14 et 15 du formulaire.

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 page 10).

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, transport scolaire, auxiliaire de vie scolaire…

Rubrique E : « Demande d'Allocation d'Education 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.

A 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 G: « Demande de cartes »

La mention « besoin d'accompagnement » peut être portée sur la carte d'invalidité pour un enfant ayant droit à l'AEEH à partir du 3ème complément

NOTICE (suite)

Rubrique F : « Demande de prestation de compensation»

Cette demande permet l'examen des besoins de compensation des conséquences du handicap :

- Aides humaines -exemples : prise de 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 : embarquement direct du fauteuil roulant
- Surcoûts liés aux transports
- Charges spécifiques ou exceptionnelles – exemples : protection pour incontinences (enfant de plus de 3 ans) réparation de matériel…
- Aide animalière – exemple : frais d'entretien pour un chien d'assistance éduqué…

Cette prestation n'est pas cumulable avec tous les compléments de l'AEEH. Il est possible qu'elle vous soit proposée par la MDPH si elle apparaît mieux adaptée à la situation de votre enfant.

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES DANS LE FORMULAIRE

AEEH :	Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé
CAF :	Caisse d'Allocations Familiales
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDA ou CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
EEE :	Espace Économique Européen
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA :	Mutualité Sociale Agricole
PACS :	Pacte Civil de Solidarité
PC ou PCH :	Prestation de Compensation du Handicap

Établissements et services médico-sociaux, établissements sanitaires et établissements scolaires

CAMSP :	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CLIS :	Classe d'Inclusion Scolaire
CMPP :	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CPO :	Centre de Pré-Orientation
EMP :	Externat Médico-Pédagogique
HJ :	Hôpital de jour
IEM :	Institut d'Education Motrice
IES :	Institut d'Education Sensorielle
IME :	Institut Médico Educatif
ITEP :	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
SAAAIS :	Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire
SAFEP :	Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce
SESSAD :	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SSEFIS :	Service de Soutien à L'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire
ULIS :	Unité Localisée d'Inclusion scolaire (ex UPI)

Attestation de résidence du représentant légal

Nom : ……
Prénom : ……..
Numéro de dossier MDPH : ……..

1. **ADRESSE ACTUELLE DU REPRESENTANT LEGAL :**

……
Code postal : …… Ville : …….

Vous résidez à cette adresse depuis le : ……...

2. **Précisez s'il s'agit :**

1) ❒ De votre domicile
   Vous êtes : ❒ Propriétaire ou accédant à la propriété
   ❒ Locataire ou sous-locataire
2) ❒ D'un hébergement chez un particulier (famille, ami, …)
3) ❒ De l'accueil à titre onéreux au domicile d'un particulier agréé (famille d'accueil,…)
4) ❒ D'un établissement (centre de rééducation, hôpital, appartement thérapeutique, foyer de jeunes travailleurs, logement foyer, foyer de vie, etc…)
5) ❒ D'un organisme de domiciliation où vous avez élu domicile
6) ❒ Autre :……..

Si vous avez coché l'une des cases 3) à 6), merci de préciser où vous résidiez AVANT :

……..
Code postal : …… Ville : ……
date d'arrivée : …… date de départ : …….

3. **Précisez si vous avez déménagé lors des 3 derniers mois :**

❒ Oui ❒ Non

Si oui, merci de noter vos anciennes adresses complètes (avec le code postal) avec les dates d'arrivée et de départ :
1/……..
Code postal : …… Ville : …….
date d'arrivée : …… date de départ : ……...

2/…….
Code postal : …… Ville : ……
date d'arrivée : …… date de départ : ……..

Je, soussigné(e)……, certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

Fait à……, le …….. Signature :

« Quiconque donne de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. »
(Articles L114-13, L114-19 du code de la sécurité sociale, article 441-1 du code pénal, article L135-1 du code de l'action sociale et des familles)

Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) enfants auprès de la MDPH

A - Identification de l'enfant concerné par la demande

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Code postal :

Commune :

Pays :

Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France :

Sexe: ❍ Masculin ❍ Féminin

Nationalité : ❍ Française ❍ EEE ou Suisse ❍ Autre

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 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 :		
Prénom :		
Date de naissance :		
N° et Rue :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone :		
Fax ou portable :		
Adresse électronique :		

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

Joindre la copie du jugement.

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

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax ou portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : _____

A4 - Représentant légal (pour les majeurs protégés - le cas échéant)

❍ Tutelle ❍ Curatelle simple ❍ Curatelle renforcée ❍ ASE ❍ Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

Adresse de la personne ou organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax ou portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 ayant la charge de l'enfant

Vous êtes ❍ Célibataire ❍ Marié(e) ❍ En couple sans être marié(e)

❍ Séparé(e) ❍ Divorcé(e) ❍ Veuf(ve) ❍ PACS

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 - Autre situation de l'enfant concerné par la demande

❍ Hébergé ou accueilli en établissement médico-social ❍ ASE

❍ Hospitalisé

❍ Autres cas, précisez : _____

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

A8 - Situation professionnelle de l'adulte ayant la charge de l'enfant

	Mère	Père
❍ **Salarié(e)** y compris apprentissage depuis le :		
Type de contrat :		
Date de début du contrat :		
Date de fin du contrat :		
En milieu protégé ESAT depuis le :		
Temps de travail : ❍ Plein ❍ Partiel		

Si réduction, précisez à ❍ 50 % ❍ 80 % ❍ 100 %
(joindre attestation de l'employeur)

	Mère	Père
❍ **Stagiaire** de la formation professionnelle depuis le :		
Temps hebdomadaire de stage :		
❍ **Travailleur indépendant** depuis le :		
y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
❍ **Inscrit(e) comme demandeur d'emploi**		
(joindre l'attestation Pôle Emploi) Depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ Non
❍ **Retraité(e)** depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ Non
❍ **Bénéficiaire d'une pension** depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	❍ 1 ❍ 2 ❍ 3	❍ 1 ❍ 2 ❍ 3
Rente accident du travail :	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ Non
❍ **Autre** depuis le :		
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RSA (RMI), AAH,...)		
Précisez :		

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____ représentant légal

de l'enfant _____ né(e) le _____

atteste sur l'honneur :

❍ ne pas exercer d'activité professionnelle :

- je suis inscrit(e) au Pôle Emploi (joindre attestation d'inscription) ❒ oui ❒ non
- mes ressources (préciser et joindre les justificatifs) : _____

_____

❍ avoir réduit mon temps de travail à ____ % pour m'occuper de mon enfant handicapé.

❍ autre situation (préciser et joindre les justificatifs) : _____

_____

Fait pour valoir ce que de droit à Créteil, le _____

Signature :

B - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

(peut ouvrir des droits à la retraite)

Lien de Parenté : _____

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ?
Précisez l'organisme par lequel vous souhaitez cotiser (CAF…) :

Nom : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

C - Expression des attentes et besoins de l'enfant concerné - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.
Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan Personnalisé de Compensation.
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)

Remplir les fiches de renseignements pages 14 et 15
(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre pages 17, 18 ou sur papier libre)

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation : _____

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

Situation actuelle de la personne concernée par la demande

Nom de l'établissement fréquenté : _____

Adresse complète : _____

_____

Classe fréquentée : _____

Nom de l'enseignant référent (ou référent handicap) [1] : _____

Identification des demandes

1.1. Scolarisation

- ❑ CLIS - Classes Inclusion Scolaire
- ❑ ULIS - Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
- ❑ AVS - Auxiliaire de Vie Scolaire (hors étudiant en université) [2-3]
- ❑ Matériel pédagogique adapté (hors étudiant en université) [2-3]
- ❑ Transport scolaire (hors transport vers un établissement ou service médico-social)

  Précisez le mode de transport utilisé : _____

1.2. Prise en charge médico-sociale

- ❑ Service d'accompagnement médico-social (SESSAD, SESSD, SAFEP, SAAAIS, SSEFIS,…)
- ❑ Établissement médico-social (IME, ITEP, IEM, IES,…)

  Régime souhaité : ☐ en externat ☐ en internat ☐ en accueil temporaire
- ❑ Demande de maintien en établissement pour enfants pour un jeune de plus de 20 ans (Amendement CRETON)

Si vous avez une préférence pour un établissement ou un service médico-social, précisez-le ci-dessous :

Nom : _____

Nom : _____

Nom : _____

Pour les aménagements de scolarité, dont l'aménagement d'examen ou de concours, se rapprocher du chef d'établissement.

[1] Pour obtenir le nom de votre enseignant référent, vous pouvez vous adresser à l'établissement scolaire fréquenté, ou à la cellule handicap de votre université pour le référent handicap.

[2] Les étudiants en université qui souhaitent présenter une demande d'aide humaine pédagogique ou de matériel pédagogique adapté doivent s'adresser à la mission handicap de l'université.

[3] Pour les établissements scolaires publics ou privés sous contrat.

Nom et prénom de l'enfant : ……..

MODALITES D'ACCUEIL ET DE SUIVI DE L'ENFANT

Veuillez remplir l'emploi du temps de votre enfant dans le tableau ci-dessous, en indiquant s'il est :

1. en crèche (C) ou à domicile (D)
2. à l'école (E) ou en établissement spécialisé (ES)
3. en rééducation (R) (orthophonie, psychomotricité…)
4. en centre de loisirs (CL)
5. Cantine (CT)

	7h00	8h00	9h00	10h00	11h00	12h00	13h00	14h00	15h00	16h00	17h00	18h00	19h00
Lundi													
Mardi													
Mercredi													
Jeudi													
Vendredi													
Samedi													
Dimanche													

E - Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément (AEEH)

Pensez à remplir les feuillets pages 8, 11, 14 et 15

❍ **1ère demande** ❍ **Renouvellement** ❍ **Révision**

Type d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie …)

Type de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico-social ou sanitaire, niveau de la classe…)

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

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

(joindre les justificatifs d'embauche, contrat de travail, fiches de paie,…)

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

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

❍ **1ère demande** ❍ **Renouvellement** ❍ **Révision**

Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe Demande d'AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) et les feuillets pages 11, 14 et 15

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

❑ Aide humaine
Précisez : _____

❑ Aide technique, matériel ou équipement (fournir devis de moins de trois mois)
Précisez : _____

❑ Aménagement du logement / Déménagement
Précisez : _____

❑ Aménagement du véhicule / surcoût du transport
Précisez : _____

❑ Charges spécifiques / exceptionnelles
Précisez : _____

❑ Aide animalière
Précisez : _____

FRAIS SUPPLEMENTAIRES LIES AU HANDICAP

Nature des frais	Coûts			Périodicité
	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	

Vous avez mentionné des frais supplémentaires liés au handicap

☐ Pour les aides techniques, joindre les documents suivants : **prescriptions, facture, devis, remboursement sécurité sociale, mutuelle et argumentaire rédigé par un ergothérapeute ou autre** ;

☐ Pour les rééducations non couvertes par la sécurité sociale, joindre les documents suivants : **prescription, devis pour l'année et factures acquittées de l'année précédente** ;

☐ Pour les colonies spécialisées, joindre les documents suivants : **devis précisant le surcoût lié au handicap** ;

☐ Autres frais : **fournir des justificatifs**.

NOM : **Prénom :**

Projet de compensation de l'enfant dans sa vie quotidienne

1. **Si votre enfant est accueilli au cours de la journée, précisez**
   - **les coordonnées, les jours de la semaine et comment il s'y rend (en taxi, accompagné par qui et comment) et**
   - **si cet accueil occasionne des frais supplémentaires (dans ce cas indiquez le montant des frais et joignez les justificatifs)**

☐ **Dans une crèche** ☐ **Chez une assistante maternelle**

.....
.....
.....
.....

☐ **Dans une halte-garderie** ☐ **Garde par une tierce personne au domicile de l'enfant**

.....
.....
.....
.....

☐ **Dans une école** ☐ **Dans un collège** ☐ **Dans un lycée** ☐ **Demi-Pension**

.....
.....
.....
.....

☐ **Dans un centre de loisirs** ☐ **Placement familial** ☐ **Hospitalisation > 2 mois**

.....
.....
.....
.....

☐ **Dans un établissement spécialisé** ☐ **A temps complet** ☐ **A temps partiel** ☐ **Internat**

.....
.....
.....
.....

☐ **Dans un CMP** ☐ **Dans un hôpital de jour**

.....
.....
.....
.....

☐ **Pour d'autres consultations médicales, lesquelles**

.....
.....
.....
.....
.....

☐ **Chez un kinésithérapeute** ☐ **Chez un orthophoniste** ☐ **Autres rééducations médicales, lesquelles :**

.....
.....
.....
.....

☐ **Autres** .....
.....

Le handicap de votre enfant vous a conduit à réduire votre temps de travail

☐ **Pour la mère** ☐ **à 50 %** ☐ **à %**
☐ **Pour le père** ☐ **à 50 %** ☐ **à %**
☐ **Si vous êtes sans activité : il s'agit de la possibilité ou non de rechercher un emploi à temps partiel ou à temps plein**

2. A quel(s) moment(s) la présence d'une personne auprès de votre enfant est-elle nécessaire ?

Votre enfant a besoin d'une aide directe aux actes de la vie quotidienne plus importante qu'un jeune du même âge en bonne santé

☐ **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**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre enfant a besoin d'une surveillance particulière

☐ **non**

☐ **oui, précisez laquelle, à quels moments, ce que cela induit dans votre vie quotidienne**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Vous avez mentionné des frais supplémentaires liés au handicap

☐ **Précisez le motif et le lien avec le problème de santé de l'enfant, la part restant à votre charge et joignez les justificatifs (par exemple couches, aliments de régime prescrits et non remboursés, bris de lunettes fréquent, usure prématurée des vêtements)**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

G - Demande de cartes (Joindre 3 photos d'identité de l'enfant récentes et identiques)

- ❑ Carte d'invalidité ou de priorité
- ❑ Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
- ❑ Carte européenne de stationnement

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 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

❑ Orientation :
- ❍ Formation
- ❍ Marché du travail (dont entreprise adaptée)

❑ Orientation en milieu protégé (ESAT) :
- ❍ 1ère demande
- ❍ Renouvellement (joindre un bilan de l'établissement qui vous accueille)

Nom de l'établissement d'accueil : _____

_____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes (hors demande de logement social)

❑ 1ère demande ❑ Renouvellement *

❑ Amendement Creton

Quelle orientation souhaitez-vous ?

❍ Un foyer d'hébergement pour travailleur handicapé

❍ Un hébergement en établissement médico-social (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé)

- Modalités d'accueil :
  - ❍ Accueil de jour
  - ❍ Accueil à temps complet (jour et nuit)
  - ❍ Accueil temporaire

❍ Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé - SAMSAH…)

❍ Autres (précisez) : .....

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

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

_____

Nom : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

* Si renouvellement, joindre un bilan de l'établissement qui vous accueille.

Nom de l'établissement d'accueil : _____

_____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOTES

NOTES

☐ J'autorise l'équipe de la MDPH ☐ Je n'autorise pas l'équipe de la MDPH à recueillir toutes informations nécessaires au traitement de mes demandes auprès des professionnels extérieurs (bilans sociaux, psychologiques et médicaux).

☐ J'autorise l'équipe de la MDPH ☐ Je n'autorise pas l'équipe de la MDPH à transmettre, dans le cadre d'une demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle, toutes informations nécessaires à l'aboutissement de mon projet auprès d'organismes extérieurs (pôle emploi, cap emploi, mission locale)

Lieu et Date : *Signatures :*

Voir au dos du dossier les pièces demandées

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.

Récapitulatif

Vérifiez que ces pièces sont bien jointes à votre dossier suivant vos demandes :

Obligatoires pour toutes les demandes :

☐ Le formulaire de demande signé et daté
☐ Certificat médical MDPH (datant de moins de 3 mois) *accompagné de l'audiogramme tonal et vocal si nécessaire*
☐ Compte-rendus des prises en charge (rééducations)

Photocopies des documents suivants :

☐ La carte d'identité ou de séjour en cours de validité pour les 2 parents (+ livret de famille ou acte de naissance de l'enfant)
☐ Attestation de jugement, si vous êtes sous tutelle ou curatelle
☐ Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer, etc.) des 3 derniers mois.
☐ Attestation carte vitale sur laquelle est inscrit l'enfant

❖ ***Pour les demandes de carte (rubrique G page 16) :***
☐ 3 photos (avec les nom et prénom au dos) + pièce d'identité de l'enfant s'il en dispose

❖ ***Compensation Enfant -AEEH ou PCH (rubriques E et F page 12) :***
☐ Feuillet « projet de compensation de l'enfant dans sa vie quotidienne » pages 14 à 15

- Pour les parents séparés ou divorcés,
  ☐ copie du jugement

- Si vous avez réduit votre temps de travail,
  ☐ Justificatif de votre temps partiel (contrat de travail ou dernière fiche de paie)
- Si vous ne travaillez pas,
  ☐ Attestation sur l'honneur de non activité professionnelle (page 8)
- Si vous êtes inscrit à Pôle Emploi,
  ☐ Notification de décision (ARE ou ASS)
- Si vous êtes en congé parental,
  ☐ Attestation CAF

- Si vous avez recours à l'emploi d'une tierce personne,
  ☐ **contrat de travail, fiche de paie**, déclaration Urssaf ou autre document.

- Si vous avez des frais supplémentaires liés au handicap et des charges non remboursées
  ☐ Factures, devis d'aides techniques (de moins de 3 mois), d'aménagement du domicile, du véhicule.
  ☐ Pour le financement de prothèses auditives : devis des audioprothèses incluant le bilan des essais.
  ☐ Facture, devis et prescriptions des prises en charge (ergothérapie, psychomotricité…)
  ☐ Justificatifs des frais liés au surcoût du handicap (page 13).

Un dossier bien renseigné et complet facilitera le traitement de votre demande.
Dans le cas d'un renouvellement, veuillez nous l'adresser 6 mois avant la date d'échéance.

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