Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Côte-d'Or

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

cerfa
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 :		
Prénom :		
N° et Rue :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone :		
Fax :		
Adresse électronique :		

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

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)
❍ **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 :		

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

	Vous	Votre conjoint(e)
❍ **Stagiaire** de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ?	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ 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		
❍ **Non salarié(e)** depuis le : y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
❍ **Inscrit(e) comme demandeur d'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 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 - 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 : _____

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (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)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

❍ 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 accompagné(e) dans cette formulation : _____

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

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'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 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 : _____

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

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 - Demande d'AEEH (Allocation d'Éducation 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.

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

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

❑ 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 (CAJ, ...)

❍ 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 : _____

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

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 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.

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH