



# Présentation du nouveau dossier de demande

Cerfa N°15692\*01



# GENESE DU SERVICE ET NOUVEAU FORMULAIRE

## Les ambitions de l'expérimentation IMPACT

Le projet répondait à trois enjeux principaux :

- simplifier le parcours usager ;
- améliorer les délais de traitement ;
- renforcer la qualité de la prise de décision.

Menée en forte association avec l'ensemble des acteurs (DGCS, SGMAP, MDPH, associations, URPS, Conseil de l'ordre des médecins) et dans une logique de co-construction avec les MDPH volontaires, l'expérimentation a conduit :

- au développement de MDPH en ligne (télé-service et outil de soutien à l'évaluation) ;
- au nouveau certificat médical (cerfa 15695\*01) ;
- au nouveau formulaire de demande (cerfa 15692\*01).



**1. Simplifier et personnaliser le parcours des usagers**



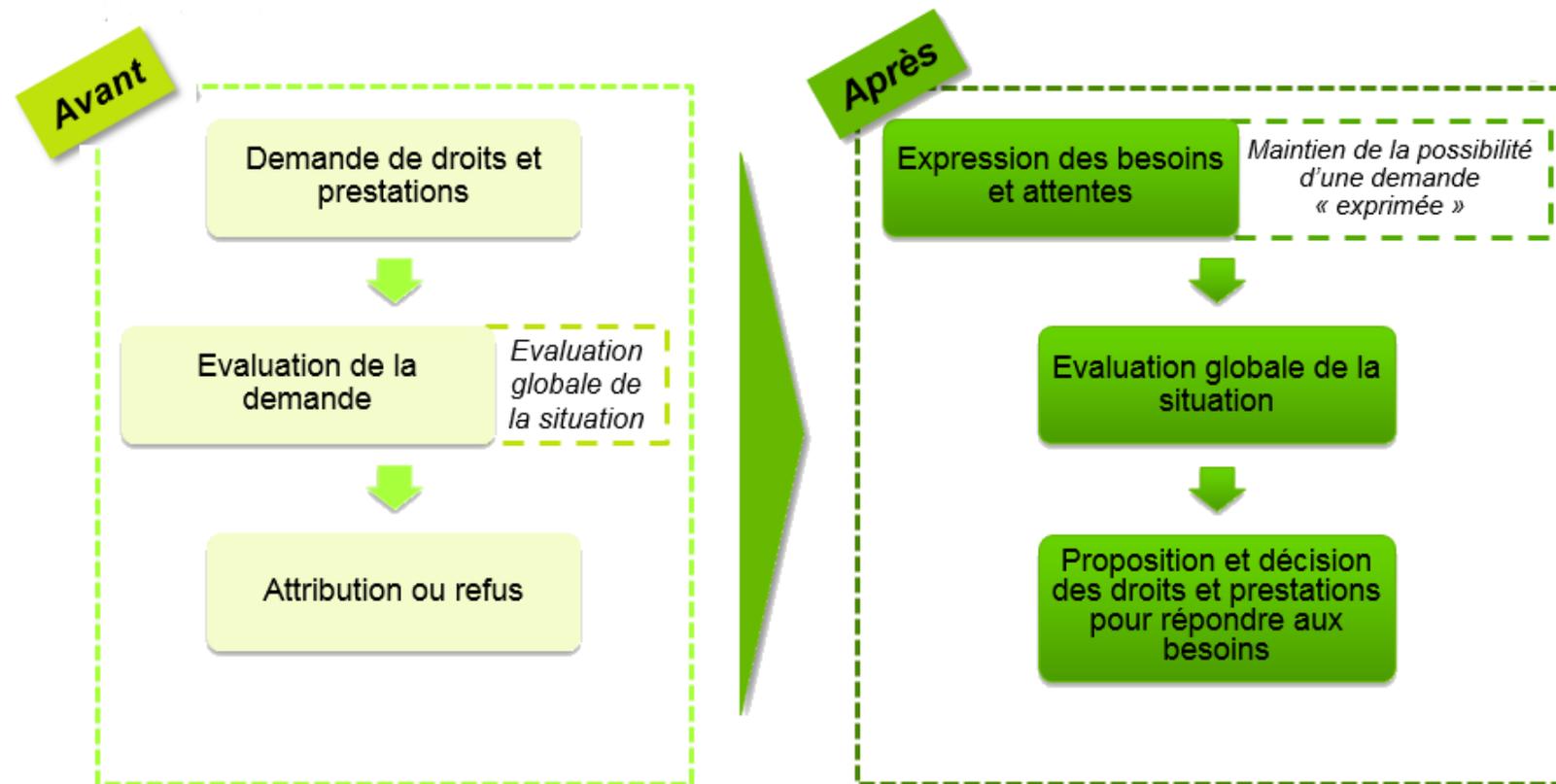
**2. Améliorer les délais de traitement en cohérence avec la loi de 2005**



**3. Renforcer la qualité de la prise de décision et l'égalité de traitement sur le territoire**

# LE NOUVEAU FORMULAIRE

## UNE APPROCHE PAR LES BESOINS ET LES ATTENTES



La demande demeure la clé d'entrée de l'intervention des MDPH :

- demande exprimée ;
- **demande générique** : demande de compensation dans laquelle l'utilisateur a exprimé uniquement ses difficultés et ses besoins ressentis grâce au nouveau formulaire.

# LES FORMULAIRES

- Formulation demande → Formulaire + Certificat Médical

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

Sexe  Homme  Femme

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Non d'épouse ou d'étage \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_ Date de naissance: / /

Nationalité  Française  Espace Economique Européen ou Suisse  Autre

Commune de naissance \_\_\_\_\_ Département \_\_\_\_\_

Pays de naissance  France  Autre, préciser: \_\_\_\_\_

Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France: / /

Complément d'adresse, ou lieu précis à non de la personne si vous résidez: \_\_\_\_\_

Adresse actuelle en cas: \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_ Pays: \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ?  E-mail  Appel téléphonique  SMS  Courrier

Si vous avez été domicilié auprès d'un organisme associatif, indiquez son nom et son adresse: \_\_\_\_\_

Organisme payeur de prestations familiales (FGA)  CAF  MSA  Autre (N° d'allocation: \_\_\_\_\_)

Organisme d'assurance maladie  CHAM  MSA  RSJ  Autre (préciser): \_\_\_\_\_

Votre numéro de Sécurité Sociale: \_\_\_\_\_

Si cet état est connu par le médecin, indiquez son numéro de sécurité sociale: \_\_\_\_\_

**A2 Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle (pour les mineurs)**

Qui exerce l'autorité parentale:  Parent 1 ou représentant légal 1  Parent 2 ou représentant légal 2

Nom: \_\_\_\_\_

Prénoms: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Adresse actuelle en cas: \_\_\_\_\_

Complément d'adresse: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Commune: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attribuant des modalités d'exercice de l'autorité parentale

**Formulaire de demande**

**Certificat médical**

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Article R. 144-24 et D.144-23 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la MDPH d'attribuer et d'ajuster les allocations de prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être révisé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

**A l'attention du médecin**

Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les présente, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de connaître des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, les éléments de son parcours de soins et son état fonctionnel.
- Nous vous recommandons de consacrer une partie du présent formulaire de certificat médical. Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.

Déposez votre précédent certificat médical.

Etat de votre diagnostic, après l'épisode de votre patient a-t-il changé ?  Oui  Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (travail, communication, logement, activités personnelles, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, mobilité et mobilité) ont-ils changé ?  Oui  Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses compléments, médicaux ou paramédicaux, appareillage) a-t-elle été modifiée ?  Oui  Non

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous.

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ou Mme \_\_\_\_\_

depuis mon précédent certificat.

**A l'attention du patient**

Merci d'ajouter votre adresse en complétant les éléments ci-dessous:

Nom de naissance: \_\_\_\_\_ Nom d'épouse: \_\_\_\_\_

Prénoms: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

N° d'assurance maladie (numéro de sécurité sociale) \_\_\_\_\_ N° de dossier auprès de la MDPH \_\_\_\_\_

Cochez les principales boîtes et adresse indiquées dans votre demande à la MDPH ?

**A joindre à ce document**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques correspondantes, et joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et au patient.

**Certificat médical**

**+ Volet 1 : bilan auditif**

**+ Volet 2 : bilan ophtalmo**

**+ Volet 3 : à venir / handicap psychique**

# LES FORMULAIRES

**Formulaire de demande(s)  
auprès de la MDPH**

Tampon dateur 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 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**

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 :	_____	_____

2017-06-PP-005 004

20209 - 0017 - Législation des Formulaires Impersonnels Nationaux - 03/20 04 20 90

Espace réservé  
P 1110601 G  
DMDPH



**Ancien formulaire  
accepté jusqu'au  
01 Octobre 2019**

# PLUSIEURS VOILETS POUR L'EXPRESSION DES BESOINS ET DES ATTENTES



# ORGANISATION GENERALE DU FORMULAIRE

**Disparition de la « page blanche » projet de vie et insertion dans chacun des volets d'une aide à l'expression des attentes et des besoins :**

- ▶ Une entrée par les besoins et les attentes (cases à cocher + texte libre)
- ▶ Les besoins sont listés sans être pondérés (pas de besoins prioritaires/secondaires)
- ▶ Une partie de libre expression sur :
  - Situation : décrire ce qui se passe aujourd'hui
  - Attentes : ce dont on aurait besoin
  - Projet : pour faire quoi ?

# ORGANISATION GENERALE DU FORMULAIRE



cerfa N°13788\*01  
Expérimentation

## DEMANDE À LA MDPH

La MDPH, c'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées.  
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.

### A 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.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

**Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.  
En fonction des conditions citées 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

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 des parents au foyer (AVPF)

**Permet d'indiquer à l'utilisateur les droits pouvant être ouverts par la CDAPH**

# ORGANISATION GENERALE DU FORMULAIRE

## Que dois-je remplir ?

- C'est ma première demande à la MDPH
- 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 renouvellement 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 à la MDPH ?

- Oui Dans quel département : ..... N° de dossier : .....

Permet d'indiquer à l'utilisateur les **parties à compléter selon la démarche et la situation** :

- première demande,
- renouvellement avec ou sans changement de situation

De manière synthétique, les éléments du formulaire à devant être complétés sont :

*Pour un renouvellement des droits à l'identique avec situation inchangée* : A et E à minima. Un remplissage plus complet du formulaire sera cependant apprécié

*Pour une première demande, ou en cas de changement de situation* : A et B à minima + volet C ou D selon le type de demande.

Le volet E n'est pas obligatoire mais reste recommandé.

# ORGANISATION GENERALE DU FORMULAIRE

A Votre Identité		Renseignements obligatoires
<b>A3</b> Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH Vous acceptez que nous contactons ces personnes afin de mieux évaluer votre situation		
<input type="checkbox"/> Un proche <input type="checkbox"/> Une association <input type="checkbox"/> Autre		
Nom de l'association (si pertinent) :	.....	
Nom et prénom de la personne :	.....	
N° et rue :	.....	
Complément d'adresse :	.....	
Code postal :	.....	
Commune :	.....	
Téléphone :	..... Adresse e-mail : .....	

Permet à l'utilisateur de préciser :

➤ qui l'a accompagné lors de la démarche

<input type="checkbox"/> <b>J'accepte</b> , 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	<input type="checkbox"/> <b>Je n'accepte pas</b> que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.
---	----	---

➤ d'indiquer s'il autorise ou non l'échange d'informations avec les partenaires

# ORGANISATION GENERALE DU FORMULAIRE

A5

Vous pensez être dans une situation nécessitant un traitement rapide de votre demande

Merci de cocher si vous pensez être dans une des situations suivantes :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous          | <input type="checkbox"/> Vous risquez rapidement de perdre votre travail                                  |
| <input type="checkbox"/> Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir   | <input type="checkbox"/> Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation |
| <input type="checkbox"/> Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement |   |

Date d'entrée prévue : ..... / ..... / .....

Expliquer la difficulté :

.....  
.....

- Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc...)

Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance :

.....

Permet à l'utilisateur de préciser :  
➤ **Les raisons pour lesquelles il demande un traitement rapide, permettant le cas échéant à la MDPH de prioriser le dossier**

**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.**

# VOLET B: ESSENTIEL À L'ÉVALUATION

## B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires  
sauf renouvellement avec  
situation inchangée

### B1 Votre vie quotidienne

**Vous vivez :**  Seul(e)  En couple  Avec vos parents (ou l'un d'entre eux)  Avec vos enfants (ou l'un d'entre eux)

Autre situation, préciser : .....

**Où vivez-vous ?**

Vous avez un logement indépendant et vous êtes :  propriétaire  locataire

Dans un établissement médico social ou de soin (préciser le nom, le type et le lieu) : .....

Autre situation, préciser : .....

**Avez-vous déjà eu ?**  Un accident causé par un tiers  Un accident du travail

Un autre accident, préciser : .....

**Suite à cet accident y a-t-il une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti ?**  Oui  Non

Si oui, auprès de quel organisme : .....

**Aide financière et ressources**

**Vous recevez les aides, ressources et/ou prestations suivantes :**

Allocation aux adultes handicapés (AAH)  Revenu de solidarité active (RSA)

Allocation chômage versée par Pôle Emploi  Allocation de solidarité spécifique (ASS)

**Dans les 12 mois précédant votre demande, avez-vous perçu :**

Un revenu d'activité  Des indemnités journalières

Un revenu issu d'une activité en ESAT Du : ..... / Au : .....

**Pension d'invalidité :**  1<sup>re</sup> catégorie  2<sup>e</sup> catégorie  3<sup>e</sup> catégorie depuis le : ..... / ..... / .....

Autres pensions de ce type : (pension des deux tiers, d'incapacité, etc...) : .....

Majoration tierce personne  Allocation supplémentaire d'invalidité

Rente d'accident ou maladie professionnelle  Prestation complémentaire de recours à tierce personne

Retraite pour inaptitude dans la fonction publique ou retraite anticipée depuis le : ..... / ..... / .....

Taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) : ..... %

**Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité**

Copie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

Pension de retraite **Vous êtes retraité(e) depuis le :** ..... / ..... / .....

Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées)

Vous avez demandé une pension de retraite

Vous êtes bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

**Aide technique, matériel ou équipement**

Aménagement de logement  Aménagement de véhicule  Aides animales

Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur : .....

Autres : .....

**Aide à la personne (avec quelqu'un qui aide)**

Votre famille  Professionnel de soins à domicile

Un accompagnement médico-social

Autres : .....

#### 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.

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

L'utilisateur décrit son quotidien au moment de la demande (B1)

L'utilisateur décrit son quotidien au moment de la demande (B1)

### B2 Vos besoins dans la vie quotidienne

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant. Plusieurs réponses sont possibles :

- 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 ;
- 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 approfondie 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 obligations (démarches administratives, assurances, impôts...)

Pour préparer les repas

Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)

Pour prendre les repas

Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...)

Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements

Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

Autre besoin, préciser : .....

6/20

## B Vie quotidienne

Renseignements obligatoires  
sauf renouvellement avec  
situation inchangée

#### 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 pour vous déplacer ?  Oui  Non

Autre situation, préciser : .....

#### Besoin pour la vie sociale

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 : .....

Nom : .....

Prénom : .....

5/20

# LA DEMANDE GÉNÉRIQUE PERMET DE PROPOSER TOUT TYPE DE PRESTATION

Les usagers expriment leurs **attentes** dans le formulaire (B3)

Les **évaluateurs** des MDPH peuvent alors **proposer**, en fonction des besoins de l'utilisateur, tous les droits et prestations qui s'avéreraient nécessaires, si la personne est éligible, par exemple, dans ce cas :

**B3** Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

<input type="checkbox"/> Vivre à domicile	<input type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer	<input type="checkbox"/> Un accueil temporaire en établissement
<input type="checkbox"/> Vivre en établissement	<input type="checkbox"/> Du matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Une aide animalière
<input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie	<input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées au handicap	<input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne
<input type="checkbox"/> Une aide humaine : quelqu'un qui aide	<input type="checkbox"/> Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D)

Autre attente, préciser : .....

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil, d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos attentes ?  Oui  Non

Si oui lequel / lesquels : ..... Êtes-vous en contact  Oui  Non

..... Êtes-vous en contact  Oui  Non

# VOLET C: VIE SCOLAIRE OU ETUDIANTE

## C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

### C1 Situation scolaire

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :

- En milieu ordinaire
- À domicile
- Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social
- 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
- En formation supérieure

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

.....  
 .....

Depuis le : .. / .. / ..

Autre, préciser : .....

Si l'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

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

- Il 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 :

Type d'études :

.....

Diplôme(s) obtenu(s) :

.....

Diplôme(s) préparé(s) :

.....

Nom de l'établissement :

.....

Rue :

.....

Ville :

.....

Depuis le : .. / .. / ..

Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux...) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée	Cantine ?						
Midi				A faire compléter de façon la plus précise possible.			
Après-midi							
Soirée/nuit							

Garderie ?  
 Activités périscolaires ?

### E2 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 :

.....  
 .....

# VOLET D: SITUATION PROFESSIONNELLE

## D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel

### D1 Votre situation

Vous avez un emploi depuis le : ..... / ..... / .....

En milieu ordinaire  En entreprise adaptée  
 En milieu protégé (Établissements et services d'aide par le travail – ESAT)

**Votre type d'emploi :**  
 CDI  CDD  Interim  Contrat aidé

**Votre employeur :**  
Nom : .....  
Adresse : .....

Stagiaire de la formation professionnelle  
Rémunéré :  Oui  Non  
Préciser le nom de l'organisme : .....

Travailleur indépendant. Régime : .....

**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 ?  Non  Oui, le ..... / ..... / .....

Avez-vous rencontré le médecin de santé au travail en visite de pré-reprise ?  Non  Oui, le ..... / ..... / .....

Nécessaire pour toute demande en lien avec l'insertion professionnelle et l'AAH

# LA POSSIBILITÉ DE DEMANDER DIRECTEMENT LES AIDES ET PRESTATIONS

Des cases à cocher pour les cartes, prestations, orientations en ESMS pour adultes, ainsi que pour ORP et RQTH

**E** Expression des demandes de droits et prestations

**E1** 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) ou 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
- 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)



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). »

# LIBRE EXPRESSION DE L'AIDANT FAMILIAL

**F** Vie de votre aidant familial Si vous souhaitez exprimer des besoins en tant qu'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 une 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 naissance : ..... / ..... / .....

Prénom de l'aidant : .....  
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 prise en charge de la personne aidée

Nature de l'aide apportée :

<input type="checkbox"/> Surveillance / présence responsable	<input type="checkbox"/> Coordination des intervenants professionnels
<input type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'intérieur du logement	<input type="checkbox"/> Gestion administrative et juridique
<input type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/> Gestion financière
<input type="checkbox"/> Aide pour entretenir le logement et le linge	<input type="checkbox"/> Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.)
<input type="checkbox"/> Aide à l'hygiène corporelle	<input type="checkbox"/> Aide à la communication et aux relations sociales
<input type="checkbox"/> Aide à la préparation des repas	<input type="checkbox"/> Aide au suivi médical
<input type="checkbox"/> 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 aidant du demandeur

Êtes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?

Non  Oui, préciser : .....

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ?  Oui, laquelle : .....  Non

Nom : ..... Prénom : ..... 1920

**Bien lire la définition de l'aidant familial**

# LA RECEVABILITÉ ADMINISTRATIVE



**DEMANDE À LA MDPH**

**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.

**Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.**

**Vous êtes exposé(e) à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes. En fonction des conditions prévues par le règlementation, vous pouvez profiter de certaines aides. Pour remplir ce formulaire, vous devez joindre les documents suivants :**

Allocateur d'indemnité de transfert handicapé (AITH) (AITH) avec un de ses compléments.	Retraitement d'allocation compensation (ACTP ou ACTP).
Allocation aux adultes handicapés (AAH).	Projet personnalisé de scolarisation - (PPS) et aide à la scolarisation.
Carte mobilité inclusion (CMI) avec ou sans étiquette.	Diplôme professionnel ou formation professionnelle.
Orientation vers un établissement ou service spécialisé (OSES) établissements.	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).
Présentation de compensation du handicap (PCH).	Attestation qualité de l'assurance maladie des parents au foyer (AQMF).

**Que dois-je remplir ?**

- C'est ma première demande à la MDPH.
- Ma situation médicale, sociale, professionnelle, familiale ou mon projet a changé.
- Je souhaite une réévaluation de mes droits à l'aide que ce soit en fonction de mes droits.
- Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'aide que ce soit en fonction de ma situation ou pas.
- Votre agent familial ou personnel qui s'occupe de vous au quotidien souhaite exprimer sa situation de vos besoins.

**Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?**

- Oui Dans quel département : \_\_\_\_\_ N° de dossier : \_\_\_\_\_
- Non

**Certificat médical**  
A joindre à une demande à la MDPH

**Attention du médecin**

**Attention du patient**

**Mandat d'assistance de la ROCHE SUE TON**

**PARLEMENT TOTALITAIRE**

**Mandat d'assistance**

**EDF**

- Pièce d'identité (CNI de France ou des pays Européen ou titre de séjour Français) en cours de validité : celle des parents pour les demandes enfants ou copie du livret de famille)
- Un justificatif de domicile (facture de moins de 3 mois EDF, GDF...)
- Le cas échéant, une attestation de jugement de mise sous protection (tutelle, curatelle, habilitation familiale etc.)

# LES DOCUMENTS INDISPENSABLES À L'ÉVALUATION DE LA SITUATION



Le formulaire comporte des trombones qui indiquent quelles sont les pièces à joindre.



En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale



- 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)



- Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité
- Copie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle



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



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.



Fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin de santé au travail ou dernière fiche de visite médicale auprès du médecin de santé au travail.

# LES PIÈCES SUPPLÉMENTAIRES POUR UNE MEILLEURE ÉVALUATION

- Comptes rendus médicaux, consultations, hospitalisations, ...
- Recueils de données des ESMS,
- Comptes rendus sociaux (Synthèses, écrits, notes techniques, ....)
- Bilans de formations et prestations socio-professionnelles, ...

# INFORMATIONS UTILES

---

- Télécharger le formulaire de demande sur le site du Conseil Départemental
- Faire une copie du dossier
- Ne pas agraffer les documents
- Un accusé de réception de la demande est envoyé dans un délai d'un mois

# CAS PRATIQUES



# CAS N°1

Je m'appelle  
Julien j'ai 55  
ans, je suis  
maçon



Je rencontre  
des difficultés  
à me déplacer  
et à porter de  
lourdes  
charges

Sur conseil de la  
médecine du travail,  
j'ai complété un  
dossier MDPH, et  
j'ai joint aussi sa  
fiche d'aptitude ou  
inaptitude

# CAS N°1

Réception du dossier de Mr. Julien

- Celui-ci a complété les parties A, B et D mais n'a pas complété la partie E (demande non cochée)
- → Sa demande est considérée comme « générique »

Le traitement de la demande par la MDPH

L'Equipe Pluridisciplinaire réalise une évaluation globale de la situation et propose:

- Une RQTH
- Orientation vers le marché du travail
- CMI priorité

Mr. Julien reçoit les notifications de décision.

La commission (CDAPH) étudie les propositions de L'Equipe Pluridisciplinaire et décide d'attribuer les droits préconisés par l'équipe pluridisciplinaire. Les notifications de décision sont envoyées à l'utilisateur.



# CAS N°2



Je suis Mr DUPONT,  
j'aide mon épouse  
dans sa vie  
quotidienne, j'ai  
besoin de répit.



Je suis Mme Dupont,  
j'ai exprimé mes  
besoins et mes  
attentes dans le  
dossier MDPH

# CAS N°2

Réception du dossier de Mme Dupont.  
Celle-ci a complété les parties A, B ET F  
mais n'a pas complété le partie E  
(demande non cochée)  
→ Sa demande est considéré comme  
« générique »



Le  
traitement  
de la  
demande  
par la  
MDPH

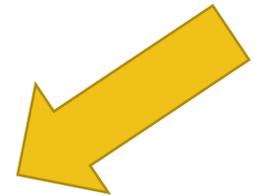
L'Equipe Pluridisciplinaire réalise une  
évaluation globale de la situation et  
propose:

- PCH aide humaine, technique, aménagement du logement
- Orientation en MAS pour un accueil temporaire
- Avis favorable pour l'assurance vieillesse des parents au Foyer
- CMI stationnement
- CMI invalidité

Mme DUPONT reçoit  
les notifications de  
décision.

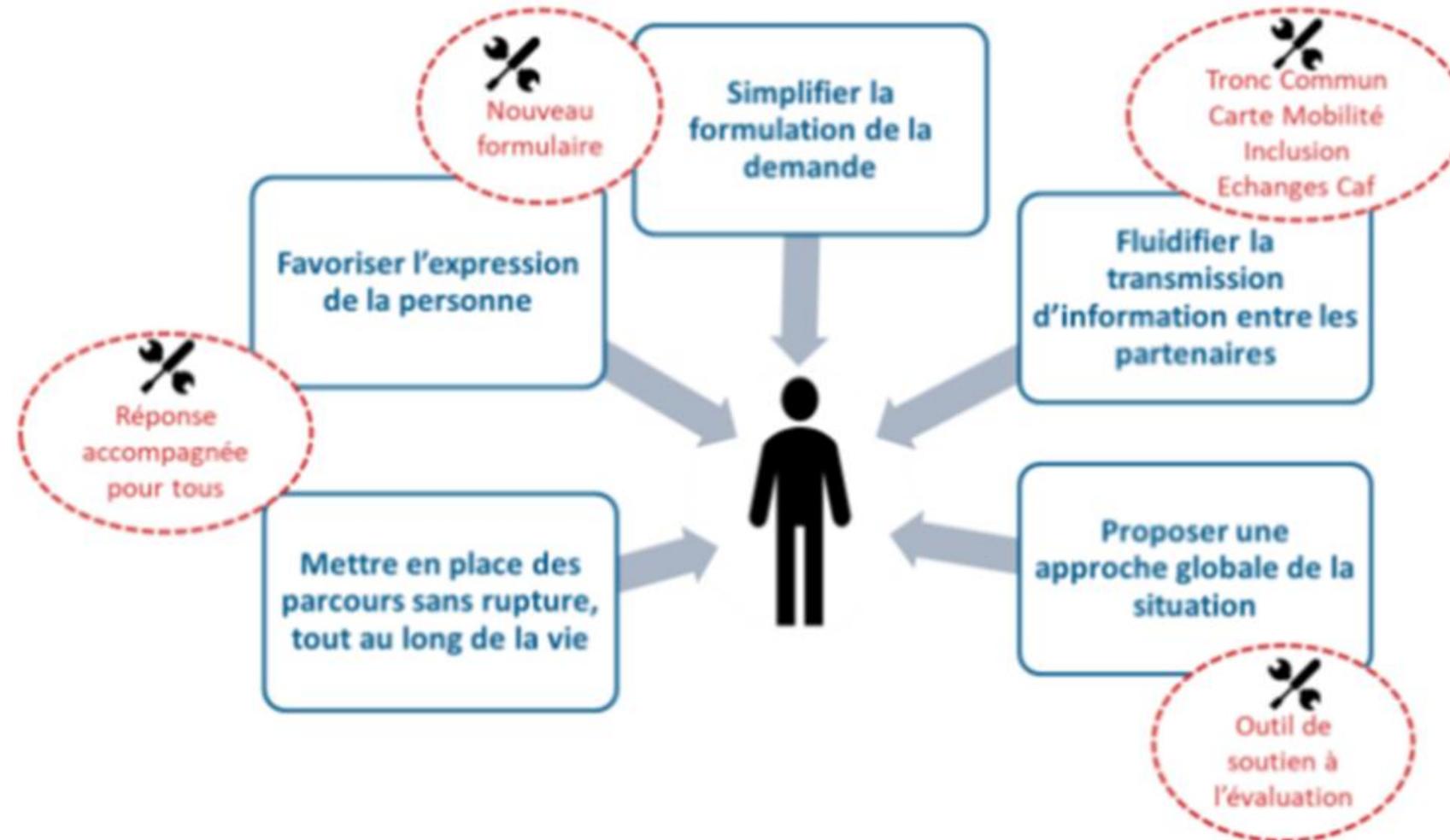


La commission (CDAPH) étudie les propositions de  
L'Equipe Pluridisciplinaire et décide d'attribuer les  
droits préconisés par l'équipe pluridisciplinaire. Les  
notifications de décision sont envoyées à l'utilisateur.



# LES GRANDS CHANTIERS DE LA MDPH 87

La MDPH met actuellement en œuvre de grands chantiers nationaux, sous l'impulsion de la CNSA. Ces chantiers viennent confirmer la volonté de renforcer l'accompagnement des personnes handicapées et de faciliter leurs relations avec l'administration.



# COMMUNICATION CNSA



## MODERNISER LES MDPH AUJOURD'HUI, C'EST AMÉLIORER LA QUALITÉ DE SERVICE DE DEMAIN

La transformation de notre système d'information peut ralentir les délais pour vous répondre. Nous nous efforçons de traiter votre dossier le plus rapidement possible.



Illustration : MDPH de la Seine-Saint-Denis / MDPH de la Seine-Saint-Denis



Les maisons départementales des personnes handicapées **se modernisent** pour améliorer le service rendu aux personnes handicapées et à leurs familles, et **simplifier leurs démarches**. Cette modernisation est **indispensable** pour traiter des demandes de plus en plus nombreuses (au total 4,5 millions de dossiers chaque année).

### Quelles améliorations pour vous ?

Grâce à ce nouveau système d'information, nous mettons en place progressivement de nouveaux services :

- **Des courriers de notification** de vos droits plus simples à comprendre.
- La possibilité de **remplir votre dossier de demande en ligne**, avec un formulaire plus complet, axé sur vos besoins. Toutefois, il sera toujours possible si vous le souhaitez, de remplir un dossier imprimé avec l'aide de la MDPH ou d'une association.
- **Une simplification des démarches** grâce à la **transmission automatique** de :
  - votre dossier à la caisse d'allocations familiales pour accélérer le paiement de vos prestations (AAH, AEEH...),
  - votre demande de carte mobilité inclusion (CMI) à l'Imprimerie nationale,
  - votre dossier aux établissements susceptibles de vous accueillir.
- Un **transfert automatique de votre dossier** en cas de déménagement : les données de celui-ci pourront être partagées avec la MDPH de votre nouveau département de résidence.

Cela n'aura **aucune conséquence** sur l'attribution de vos droits.

Les maisons départementales des personnes handicapées modernisent leur système d'information et font au mieux pour répondre à vos demandes dans les meilleurs délais.

## LE MOT DE LA FIN

---

**Formulaires bien remplis,  
Évaluations réussies,  
Délais garantis !**