

Qu'il s'agisse d'une première demande ou d'un renouvellement, il vous sera envoyé alors un dossier dénommé "Dossier de demande de compensation du handicap".

Ce dossier permet :

- De demander des aides financières de subsistance Allocation Adulte handicapé et Complément de Ressources;
- De demander des aides financières à l'aménagement de votre environnement, à votre mobilité (fauteuil roulant et achat/adaptation d'un véhicule), aux aides humaines, techniques et/ou animalières (il existe également une rubrique pour "frais spécifiques et exceptionnels" exemple : acquisition d'une aide respiratoire)
- De demander à être orienté vers un établissement ou un service médico-social;
- D'être reconnu travailleur handicapé et être déclaré comme tel par un employeur;
- De demander à être orienté vers une formation professionnelle dans une structure adaptée;
- De demander vos cartes d'invalidité et votre carte de stationnement européenne GIG/GIC.

Ce dossier doit en sus être accompagné d'un certificat médical datant de moins de trois sur leur formulaire exclusivement (Cerfa 61-2280).

Il permet également de définir un "projet de vie" (exprimez vos souhaits et besoins sur votre vie future) sur lequel vous serez amené à vous exprimer lors de l'entretien que vous fixera la Commission des Droits pour l'Autonomie de la Personne Handicapée (CDAPH), composée de kinésithérapeutes, ergothérapeutes, médecins (MPR) et assistantes sociales.

Ce "projet de vie" et cette commission sont les deux nouveautés d'un dossier déjà bien complexe. D'emblée, il faut signaler que ces dossiers sont traités de deux manières : en procédure normale ou en procédure simplifiée. La procédure "normale" s'adresse à tous les nouveaux paratetra et les anciens qui souhaiteraient bénéficier de la PCH (= entretien avec la CDAPH), et la simplifiée à tous les anciens qui ne souhaitent que le renouvellement de leur droits, aides (ACTP) , et cartes, pas d'entretien dans ce cas là (et pas besoin de s'exprimer sur son "projet de vie").

Voici donc le "Dossier de Demande" rose tel qu'on le reçoit en seine et marne :

Identification du demandeur

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance :

Commune de résidence : _____

**DOSSIER DE DEMANDE
DE
COMPENSATION DU HANDICAP**

MDPH 77

Maison départementale des personnes handicapées de Seine et Marne

N° d'enregistrement de la demande :

N° de dossier MDPH : _____

Référent MDPH : _____

Date de réception :

Cadre réservé à la MDPH

MODE D'EMPLOI

A quoi sert ce dossier de demande ?

- A vous permettre de formuler votre demande.
- A regrouper en un seul formulaire les données nécessaires à la Maison départementale des personnes handicapées et aux financeurs pour tous types de prestations instruites par la Maison départementale des personnes handicapées.
- A permettre l'instruction administrative et le traitement de votre demande.

Qui doit le remplir ?

- Vous-même (avec l'aide éventuelle d'un proche) ou votre représentant légal le cas échéant.
- NB : Vous ou votre représentant légal devez dater et signer les documents.

Quand doit-il être rempli ?

- Quand vous jugez nécessaire de formuler un besoin en lien avec votre handicap.
- Pour une première demande, à tout moment.
- Pour une demande de révision, à tout moment, si votre situation a évolué.
- Pour un renouvellement, au moins 6 mois avant la date d'échéance afin d'éviter toute rupture des droits.

Quelles informations doit-il fournir ?

- Les données nécessaires à l'étude de votre demande par rapport aux conditions d'éligibilité :
- 1 – Renseignements administratifs vous concernant vous et éventuellement votre représentant légal.
- 2 – Renseignements sur votre situation actuelle et notamment les dispositifs dont vous bénéficiez déjà.

Pourquoi faut-il fournir ces informations ?

Au regard des conditions d'éligibilité, il est nécessaire à la Maison départementale des personnes handicapées de connaître votre situation globale pour définir vos droits et pouvoir ainsi traiter rapidement votre dossier.

Quelles pièces justificatives faut-il joindre ?

Vous devez joindre à ce dossier tous les justificatifs cochés dans les colonnes correspondant à vos demandes (cf. page 4 de la présente demande). Pour les documents confidentiels ou médicaux, veillez à le faire sous pli confidentiel. En cas de difficulté à rassembler ces pièces, n'hésitez pas à solliciter l'aide de la MDPH.

A quel organisme ce formulaire rempli doit-il être adressé ?

Ce dossier doit être envoyé rempli et accompagné de tous les justificatifs demandés à la MDPH. Vous pouvez aussi le remettre au point d'accueil de la MDPH le plus proche de votre lieu de résidence.

En combien d'exemplaires ?

Ce dossier doit être renvoyé en 1 exemplaire.
Il vous est conseillé d'en conserver une photocopie.

Devez-vous envoyer ces documents à d'autres organismes ?

Non, les services de la MDPH se chargent d'envoyer les copies nécessaires aux services concernés.

Pensez à joindre...

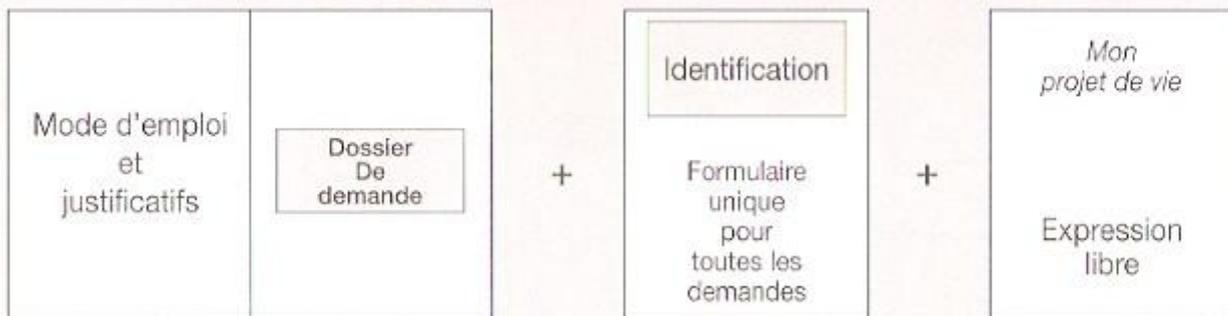
...pour ces demandes →

↓
...les pièces cochées

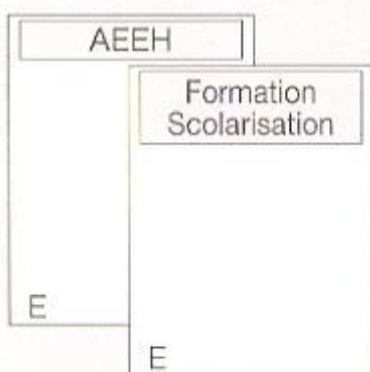
	F1E- demande d'AAEH	F2E - scolarisation formation pour enfant	F3EA - demande de cartes prioritaires	F4A - demande d'AAH et compléments	F5A - orientation en ESMS	F6A - travail emploi formation pour adulte	F7A - prestations de compensation
Formulaire d'identification	X	X	X	X	X	X	X
Formulaire "Mont projet de vie" rempli, daté et signé	X	X	X	X	X	X	X
Photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille	X	X	X	X	X	X	X
Justificatif de domicile	X	X	X	X	X	X	X
Photocopie du titre de séjour (pour les étrangers)	X	X	X	X	X	X	X
Attestation du jugement de tutelle ou curatelle - sauvegarde de justice	X	X	X	X	X	X	X
Certificat médical du médecin traitant, daté de moins de 3 mois	X	X	X	X	X	X	X
Attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant)	X						X
Justificatif de fonction élective (le cas échéant)							X
Avantage vieillesse - photocopie du titre pension invalidité Rente accident du travail			X				
Photocopie de la carte d'invalidité (si renouvellement ou si vous avez changé de département)			X				
2 photos du bénéficiaire nom et prénom au dos			X				
Attestation de l'attribution d'une pension d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie			X				X
Déclaration de ressources de l'année antérieure	X			X			X
Relevé d'identité bancaire ou postal - RIB RIP	X			X			X
Attestation de l'employeur (contrat de travail, fiche de paie, déclaration URSSAF)	X				X	X	
Attestation d'inscription à l'ANPE (le cas échéant)						X	
Photocopie des diplômes						X	
Curriculum vitae						X	
Justificatifs de formation professionnelle						X	
Photocopie du permis de conduire (uniquement pour l'aménagement du véhicule)							X
Factures, devis d'aménagement du domicile, du véhicule ou de matériel	X						X
Déclaration (CAF MSA) de situation pour les prestations familiales et les aides au logement	X			X			

Et son "mode d'emploi" :

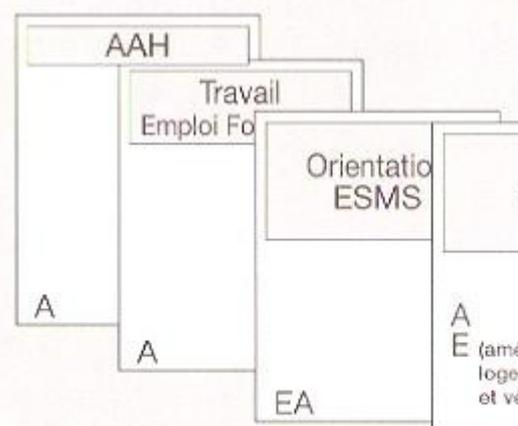
Formulation d'une demande de compensation



+ Selon les besoins :



E... pour Enfants



A... pour Adultes

Dans tous les cas, le dossier doit comporter au minimum le dossier principal rose, la fiche d'identification demandeur violette, votre projet de vie (sur feuille blanche) (rempli ou non, mais signé et daté !) et votre certificat médical rempli :

Fiche d'identification du demandeur**1 Identification du bénéficiaire de la présente demande**

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Nom d'usage :

Prénoms :

Sexe : Masculin Féminin

Tél : _____ Mobile : _____

Courriel : _____

Fax : _____

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité : Française EEE* Autre

* Les pays de l'Espace Economique Européen : Allemagne Autriche Belgique Chypre Danemark Espagne Estonie
Finlande Grèce Hongrie Irlande Islande Italie Lettonie Liechtenstein Lituanie Luxembourg Malte Pays-Bas Pologne
Portugal République Tchèque Royaume-Uni Slovaquie Slovénie Suède

Situation familiale : Célibataire Marié Divorcé

Vie maritale Pacsé Veuf

Depuis le :

Nombre d'enfants à charges :

3 Médecin traitant

Médecin traitant ou autre professionnel pouvant donner des renseignements médico-sociaux :

Qualité : _____

Nom : _____

Adresse :

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

4 Organismes d'affiliation

Numéro de sécurité sociale :

Nom de l'organisme : _____

Si vous êtes déjà allocataire CAF/MSA, quelle CAF ou MSA gère votre dossier ?

Nom : _____

Adresse :

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

Numéro d'allocataire CAF / MSA : _____

5 Mineurs ou majeurs sous protection juridique

Pour les mineurs

Nom, prénom et adresse de chacun des parents (et/ou du représentant légal) :

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

Détenteur de l'autorité parentale (si détenue par un seul parent) :

Pour les majeurs

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ?

OUI NON Demande de mesure en cours

Si oui, Tutelle Cette mesure est exercée par : Famille
 Curatelle Organisme
 Curatelle renforcée Autre
 Sauvegarde de justice
 Tutelle aux prestations sociales

Coordonnées du tuteur / curateur :

Nom :

Prénom :

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

Tél : _____ Courriel : _____

6 Historique administratif

Avez-vous déjà un dossier à la Maison départementale des personnes handicapées ?

OUI NON

Si oui, quel est votre numéro de dossier MDPH ? : _____

Si non,

Aviez-vous un dossier à la COTOREP ? OUI NON

Si oui, votre numéro de dossier COTOREP : _____

Aviez-vous un dossier à la CDES ? OUI NON

Si oui, votre numéro de dossier CDES : _____

Dans quel département ? [][]

7 Procédure simplifiée

Je ne souhaite pas que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Si vous choisissez cette procédure, vos droits seront étudiés mais vous ne serez pas reçu par la CDAPH (Commission des droits pour l'autonomie de la personne handicapée).

8 Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications relatives à cette déclaration

Fait à : _____ Le : [][][][][][][][]

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L 554-1 L 835 5 du Code de la sécurité sociale - Article L 351.13 du Code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du Code pénal).

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 l'organisme qui a traité votre demande.

Votre CAF ou votre MSA procède à des échanges d'informations avec le Fisc, l'Assedic. Déclarez bien votre situation exacte. À défaut, vous risqueriez de devoir rembourser les sommes perçues à tort.

Sur cette dernière, vous ne devrez cocher la partie 7 "je ne souhaite pas que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée" QUE SI VOUS DEMANDEZ LA PCH. Ne la cochez pas si vous êtes un ancien paratetra qui souhaitez le renouvellement de votre ACTP. Les anciens doivent joindre les photocopies de toutes leurs notifications COTOREP précédentes.

MON PROJET DE VIE

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Adresse électronique : _____

Vous allez fournir ce document à la MDPH :

- Il est confidentiel.
- Il vous permet d'exprimer librement vos souhaits et besoins en relation avec votre situation. Vous pourrez le modifier à tout moment.
- Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan Personnalisé de Compensation.
- Pour traiter votre demande, la Commission des Droits et de l'Autonomie doit savoir si vous souhaitez exprimer ou non votre projet de vie et ce formulaire vous permet de le lui préciser.

En lien avec ma demande auprès de la MDPH,

Je ne souhaite pas exprimer mes souhaits et besoins concernant les différents aspects de ma vie (n'oubliez pas de dater et de signer ce formulaire en deuxième page).

Je souhaite exprimer mes souhaits et besoins concernant les différents aspects de ma vie (communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs...)

1 – Quels sont mes souhaits ?

2 – Quels sont mes besoins ?

3 – Je souhaite formuler les observations complémentaires suivantes :

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

Date et Signature : _____

Nom et fonction de la personne qui vous a accompagné dans cette formulation :

Nom et Prénom du représentant légal (quand il existe) _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Signature du représentant légal

Dossier médical

COTOREP
(Tampon-date)

N° dossier

N° agent instructeur



Direction départementale
des affaires sanitaires et sociales



PH 03

CERTIFICAT MÉDICAL PERSONNE ADULTE HANDICAPÉE

Mon cher confrère,

En application du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, je vous serais obligé(e) de bien vouloir remettre à votre patient sous **pli confidentiel ce certificat médical**, pour qu'il le joigne à son dossier de demande.

Le guide-barème (décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993) s'appuie sur les concepts de l'Organisation Mondiale de la Santé (**déficience, incapacité, désavantage**).

Une **déficience** correspond à une atteinte des organes et des fonctions.

Une **incapacité** caractérise la limitation des capacités dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne.

Le **désavantage social** qui en résulte caractérise la limite ou l'interdit dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

Ce barème fixe les divers taux d'incapacité, **d'après l'importance de la déficience**, celle-ci étant appréciée par ses répercussions sur les capacités fonctionnelles et sur l'autonomie dans la vie quotidienne.

Pour permettre aux médecins de l'équipe technique d'effectuer une étude du dossier dans les délais les plus courts et de proposer à la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) un taux d'incapacité équitable, **veuillez avoir l'obligeance de compléter les rubriques concernant votre patient et joindre les documents complémentaires**.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe technique, l'ensemble des services et les membres de la COTOREP sont astreints au secret médical (art. 378 du Code pénal).

Le médecin de la COTOREP est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Cachet

État civil

N° d'immatriculation Sécurité sociale

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

Taille :

Poids :

Diagnostic principal motivant la présente demande :

Origine :

Congénitale :

Acquise depuis le :

Veuillez préciser s'il s'agit d'un(e) :

Accident du travail :

IPP % :

Date :

Maladie professionnelle :

IPP % :

Date :

Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux ayant des conséquences sur l'état d'incapacité actuel :

Alcoolisme

Toxicomanie

Tabagisme

DESCRIPTION DES DÉFICIENCES (complétez les rubriques concernant votre patient)

Déficiences intellectuelles et/ou troubles du psychisme et/ou difficultés du comportement

(Troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, de l'humeur, de la vigilance, de la vie émotionnelle et affective, du comportement...):

Déficiences liées à l'épilepsie

(Joindre le compte rendu du dernier EEG)

Type :

Fréquences des crises :

Troubles de la personnalité associés :

Déficiences de l'audition

(Joindre un audiogramme OD-OG sans appareillage)

Troubles associés (acouphènes, vertiges...):

Déficiences du langage et de la parole

Dysarthrie, dyslexie, aphasie, mutité, autre... :

En cas de mutité, une communication est-elle possible ?

Si oui, de quel type :

Déficiences de la vision

(Joindre un certificat médical ophtalmologique précisant après correction l'acuité visuelle pour chaque œil, de loin, de près, ainsi qu'un champ visuel binoculaire)

Une amélioration est possible

Impossible

Médicalement

Chirurgicalement

Envisagée vers quelle date : _____

Autres troubles neuro-ophtalmiques (aphakies, annexes de l'œil...) :

Déficiences de la fonction cardio-respiratoire

(Joindre les résultats des examens complémentaires : ECG, épreuve d'effort, EFR, gaz du sang...)

Signes fonctionnels : _____

Signes de décompensation cardiaque : _____

Assistance respiratoire éventuelle : _____

Greffe : _____ Date : | | | | | | | | Tolérance : _____

Déficiences de la fonction et de la sphère digestive

(Joindre les résultats des examens complémentaires)

Troubles de la déglutition, type d'alimentation, troubles du transit, stomie, troubles hépatiques, troubles pancréatiques... : _____

Déficiences de la fonction urinaire

Troubles de l'élimination (rétention, incontinence diurne et/ou nocturne, sonde, protection) :

Dialyse : oui

non

Fréquence hebdomadaire : _____

Greffe : oui

non

Date : | | | | | | | | Tolérance : _____

Déficiences métaboliques, enzymatiques

(Joindre les résultats des examens complémentaires)

Type de diabète, obésité, nanisme, autres... : _____

Déficiences du système immunitaire et hématopoïétique

(Joindre les résultats des examens complémentaires)

Répercussion sur l'état général et psychique : _____

Déficiences motrices et de l'appareil locomoteur

(Joindre les résultats des radios, scanners, etc.)

Préciser la localisation, le type de troubles, l'existence de troubles sensitifs associés... : _____

Préciser l'appareillage, l'aide technique, la tolérance : _____

Déficiences esthétiques

Séquelles de brûlures ou cicatrices ayant un retentissement sur la vie sociale et relationnelle, type, localisation : _____

Conséquences des déficiences

Autonomie

- A : Fait seul totalement, habituellement, correctement
B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : Ne fait pas

A, B ou C

COHÉRENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée

ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux

TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle

HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage

ALIMENTATION : manger les aliments préparés

ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale

TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir

DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant

DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport

COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme...

ACTIVITÉS MÉNAGÈRES : ménage, préparation des repas...

Traitement médicamenteux

Nature : _____

Tolérance (préciser les effets indésirables notamment pour les psychotropes, la chimiothérapie, les immunosuppresseurs...) : _____

Fréquence des hospitalisations et/ou nécessité de rééducations spécialisées : _____

Retentissement du handicap sur l'aptitude au poste de travail actuel

Aménagement du poste, horaires, difficultés, déplacement, absentéisme... : _____

Nom du médecin du travail et joindre copie de la fiche d'aptitude : _____

À _____ le _____

Signature du médecin (cachet) : _____

(Sur cette dernière, faire mettre des C partout par un médecin compatissant n'apporte rien de plus...)

Si vous souhaitez obtenir ou renouveler votre carte d'invalidité et votre carte de stationnement européenne GIG/GIC, remplissez la "demande de cartes" :

Demande de cartes

1 Première demande Renouvellement - date d'échéance :

2 Identification du demandeur

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance :

3 Identification de la demande

- Carte d'invalidité
- Carte de stationnement pour personne handicapée
- Cartes Priorité pour personne handicapée

4 Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications de situation qui pourraient intervenir.

Fait à :

Le :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L 554-1 L 835 5 du Code de la sécurité sociale - Article L 351.13 du Code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du Code pénal).

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 l'organisme qui a traité votre demande.

Les nouveaux paratetra ne doivent pas se poser de question, et remplir leur dossier intégralement en demandant la seule allocation qui leur soit dorénavant proposée : La PCH.

C'est un brin plus compliqué (et à mon avis c'est voulu) pour les anciens paratetra. La question que vous devez vous poser avant de remplir le dossier est "Est ce que je veux profiter de la nouvelle loi et de ses aides supplémentaires, ou est-ce que je veux rester à l'ancien système ACTP et je me débrouille pour le véhicule, l'adaptation de l'environnement etc ...???"

Si vous voulez demander la PCH (et donc faire prendre en charge une partie du financement de vos aménagements et aides techniques), vous remplissez le dossier intégralement comme un nouveau paratetra. Si vous souhaitez "simplement" renouveler votre prise en charge actuelle ACTP (+ ACFP éventuellement), faites attention à remplir convenablement votre "demande de prestation de compensation ou de renouvellement d'allocation compensatrice" :

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

1 Prestation de compensation Allocation compensatrice

Première demande Renouvellement - date d'échéance :

Si vous êtes bénéficiaire de l'allocation compensatrice, vous pouvez également demander la Prestation de Compensation du Handicap, vous garderez la possibilité de choisir entre ces 2 prestations dans un délai de 1 mois après la décision de la Commission des droits et de l'Autonomie des personnes handicapées.

2 Identification du demandeur

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance :

3 Identification de la demande

- aide humaine d'une personne dans la vie quotidienne
- aide technique, matériel ou équipement particuliers
- aménagement du logement
- aménagement du véhicule
- aide financière pour dépenses spécifiques ou exceptionnelles
- aide animalière
- Vous ne savez pas quels sont vos besoins et vous demandez l'aide de la MDPH pour les déterminer

4 Situation du demandeur

Percevez-vous déjà une allocation compensatrice pour tierce personne ?

OUI NON

Percevez-vous déjà une allocation compensatrice pour frais professionnels ?

OUI NON

Bénéficiez-vous d'une majoration tierce personne ?

OUI NON

Partie 1 :

Les nouveaux doivent cocher "prestation de compensation" et "première demande". Les anciens souhaitant passer à la PCH aussi !

Les anciens souhaitant renouveler l'ancienne formule doivent cocher "allocation compensatrice" et "renouvellement"

Partie 3 :

Attention !!! Les anciens qui renouvellent l'ancienne formule ne doivent cocher QUE la case "aide humaine d'une tierce personne dans la vie quotidienne". Si vous cochez quoi que ce soit d'autre, votre demande se transforme en demande de PCH, vous serez reçu par la CDAPH, votre dossier ne sera pas traité en "procédure simplifiée", ce sera plus long, on fouillera votre vie à la limite de l'ingérence...

Partie 4 :

Si vous êtes un ancien paratetra et que vous perceviez l'ACTP, cochez oui à la question "percevez vous déjà une allocation compensatrice pour tierce personne", photocopiez et joignez votre notification d'attribution d'ACTP que vous avez dans vos papiers. Si vous travaillez et qu'à ce titre vous aviez obtenu l'ACFP, faites de même. Sinon cochez non aux deux autres questions. Enfin, si vous ne touchez pas l'ACTP versé par le conseil général, mais la MTP (Majoration Tierce Personne d'une pension d'invalidité de 3ème catégorie SS ou d'une rente d'accident de travail, versée par la SS) alors cochez oui à la dernière question. L'ACTP et la MTP si elles ont le même but, ne sont pas versées par les mêmes institutions et pas cumulables entre elles.

5

Aides Humaines

Identification de la demande

Première demande

Renouvellement

date d'échéance :

Situation du demandeur

Bénéficiez-vous actuellement de l'aide d'une ou plusieurs personnes à domicile ?

OUI

NON

Si oui :

auxiliaire de vie

infirmière

membre de la famille

un service

autre à préciser :

Précisez le statut ou les coordonnées du ou des aidants :

Bénéficiez-vous d'une Majoration Tierce Personne ? OUI NON

Pouvez-vous préciser le nombre d'heures d'aide dont vous bénéficiez déjà :

... par mois

... par semaine :

A votre avis cette aide est-elle suffisante ? OUI NON

Si non, précisez : le type d'aide dont vous avez besoin :
le nombre d'heures d'aide que vous estimez nécessaire

Avez-vous besoin d'une aide humaine pour l'exercice de votre activité professionnelle ?

OUI

NON

Si oui précisez : le type d'aide dont vous avez besoin :
le nombre d'heures d'aide que vous estimez nécessaire

Avez-vous besoin d'une aide humaine pour l'exercice d'une fonction élective ou pour siéger dans une instance ou un organisme ?

OUI

NON

Si oui précisez : les mandats qui sont les vôtres :
le type d'aide dont vous avez besoin :
le nombre d'heures d'aide que vous estimez nécessaire

Les anciens qui renouvellent ne doivent pas remplir les 5 pages suivantes (hormis la déclaration sur l'honneur en dernière page, date et signature !), les autres le doivent !

6

Aides Techniques

Identification de la demande

Première demande

Renouvellement

date d'échéance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Situation du demandeur

Utilisez-vous actuellement des matériels ou équipements particuliers à votre handicap ?

OUI NON

Si oui lesquels :

et depuis quand :

_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>												

Pour cela avez-vous déposé un dossier de financement SVA (Site pour la vie Autonome) ?

OUI NON

Avez-vous besoin d'autres matériels ou équipements particuliers à votre handicap ?

OUI NON

Si oui lesquels : _____

Aménagement du logement

Identification de la demande

 Première demande Renouvellementdate d'échéance :

Si la personne handicapée est un enfant, bénéficie-t-il d'un complément d'AAEH ?

 OUI NON En attente de réponse de la CDES

Si oui, montant perçu : _____

Logement du demandeur (résidence principale)

Etes-vous :

 propriétaire locataire - nom du propriétaire : _____ hébergé - nom de l'hébergeant : _____

degré de parenté de l'hébergement : _____

Description du logement

Vous habitez : une maison individuelle
 un appartement

Nombre de pièces :

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de ce logement ? OUI NON

Si oui de quel type :

et depuis quand :

_____ Pour cela avez-vous déposé un dossier de financement SVA
(Site pour la vie autonome) ? OUI NONAvez-vous besoin d'aménagements ou de nouveaux aménagements de ce logement,
en lien avec votre handicap ? OUI NON

Si oui de quel type d'aménagement ?

En cas d'impossibilité d'aménagement de votre logement et si vous décidez de
déménager dans un logement accessible, demandez-vous une participation aux frais
de déménagement ? OUI NON

8

Aménagement du véhicule et autres frais de transport

Identification de la demande

Première demande

Renouvellement

date d'échéance :

Si le demandeur est un enfant, reçoit-il une AES (Allocation d'Education Spéciale) ?

OUI NON En attente de réponse de la CDES

Si oui, montant perçu : _____

Véhicule

Etes-vous titulaire d'un permis de conduire ? OUI NON

Si oui, comporte-t-il des restrictions ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous obligation d'utiliser des équipements spéciaux ?

OUI NON Si oui, lesquels ?

Etes-vous propriétaire du véhicule à aménager ? OUI NON

Si non, à qui appartient le véhicule que vous utilisez ?

Conduisez-vous ce véhicule ? OUI NON

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de véhicule

OUI NON

Si oui de quel type ?

- Accès au véhicule
- Poste de conduite
- Aménagement pour le passager
- Autre

Depuis quand ?

Pour cela avez-vous déposé un dossier de financement SVA (Site pour la vie autonome) ?

OUI NON

Avez-vous besoin de nouveaux aménagements de ce véhicule ou d'aménagement d'un nouveau véhicule en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant ?

OUI NON

Si oui de quel type d'aménagement ? _____

Avez-vous un surcoût financier occasionné par des déplacements réguliers et fréquents y compris lors d'un départ annuel en congé ?

OUI NON

Si oui de quels types de surcoût s'agit-il ? : Véhicules aménagés
 Surclassement
 Autres

Cette demande concerne-t-elle un enfant handicapé ? OUI NON

Si oui, perçoit-il l'AES Allocation d'Education Spéciale ? OUI NON

Si oui, précisez le montant d'AES perçu : _____

9

Frais spécifiques et exceptionnels

Identification de la demande

Première demande

Renouvellement

date d'échéance :

Situation du demandeur

Décrivez vos frais spécifiques ne relevant pas des rubriques précédentes

Estimation de la dépense mensuelle

Avez-vous des frais exceptionnels ponctuels ? OUI NON

Si oui, lesquels ? _____

Estimation de la dépense :

10

Aides animalière

Identification de la demande

Première demande

Renouvellement

date d'échéance :

Situation du demandeur

Avez-vous un chien guide ou un chien d'assistance ?

OUI

NON

Si oui, quelle est l'association qui l'a éduqué ?

Numéro de labellisation ?

A quel date ce chien est il arrivé chez vous ?

Si non, avez-vous déjà pris contact avec un organisme qui met à disposition des animaux éduqués ?

OUI

NON

Si oui, quelle est la date prévisible de mise à disposition ?

11 Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications de situation qui pourraient intervenir.

Fait à :

Le :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L 554-1 L 835 5 du Code de la sécurité sociale - Article L 351.13 du Code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du Code pénal).

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 l'organisme qui a traité votre demande.

Maintenant que l'on a rempli les aspects cartes, financiers, médicaux et identification, passons aux deux derniers éléments. Le premier dénommé "Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle" doit être rempli par tous ceux qui souhaitent être "reconnu travailleur handicapé" et embauché comme tel (délivrance d'une attestation nécessaire à l'employeur pour

bénéficier des allègements fiscaux et du financement des adaptations nécessaires) :

MDPH 77

Formulaire de demande MDPH F6A

Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

1 Première demande Renouvellement - date d'échéance :

2 Identification du demandeur

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance :

3 Identification de la demande

formation professionnelle

RQTH (reconnaissance de la qualité
de travailleur handicapé)

orientation professionnelle

4 Qualification du demandeur

Quel est votre niveau d'études ? Primaire Secondaire Supérieur

Avez-vous été scolarisé dans un établissement d'enseignement spécialisé pour
personnes handicapées ? Si oui, lequel ? :

Dernière classe fréquentée : _____

Diplômes obtenus : _____

Formations suivies : (Préciser le secteur d'activité, le centre de formation et les dates)

5 Situation professionnelle

Avez-vous déjà travaillé ? OUI NON

Travaillez vous actuellement ? OUI NON

Si oui, vous travaillez :
 en milieu ordinaire
 en entreprise adaptée (ex- Atelier Protégé)
 en ESAT (ex-CAT)

Emploi occupé : _____

Nature du contrat (intérim, CDD, CDI, autre) : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : _____

Nom de votre employeur : _____

N° de Siret (ce numéro figure sur votre bulletin de salaire) : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____

Etes-vous en arrêt de travail ? Oui, depuis le : _____

Si oui, pour quel motif ? Maladie Accident du travail

Percevez-vous des indemnités journalières ? OUI NON

Percevez-vous une rente accident de travail ? OUI NON

Etes-vous bénéficiaire d'une pension d'invalidité versée par la sécurité sociale ?

OUI Quelle catégorie ? _____

NON

Si non, vous ne travaillez plus depuis quand ? _____

Dernier emploi occupé (Précisez s'il s'agissait d'un emploi en intérim, en CDD, en CDI ou autre) : _____

Motif du départ : _____

Etes-vous inscrit à l'ANPE ? OUI, depuis le : _____

NON

Si oui, êtes-vous indemnisé ? OUI

NON

Etes-vous bénéficiaire du RMI ? OUI, depuis le : _____

NON

6 Situation souhaitée par le demandeur

Souhaiteriez-vous une formation professionnelle dans une structure adaptée ?

OUI NON

Si oui, de quel type : _____

Souhaiteriez-vous une orientation professionnelle en ESAT ? OUI NON

Si oui, lequel (si vous en connaissez un) :

Nom : _____

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

Tél. : _____

7 Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications de situation qui pourraient intervenir.

Fait à : _____ Le :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L 554-1 L 835 5 du Code de la sécurité sociale - Article L 351.13 du Code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du Code pénal).

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 l'organisme qui a traité votre demande.

Le dernier document à remplir (éventuellement) concerne ceux qui voudraient être hébergés et pris en charge par un établissement ou un service médico-social, dans tous les autres cas, ne remplissez pas ce document :

Demande d'orientation vers un établissement et/ou un service médico-social

- 1 Première demande Renouvellement - date d'échéance :
- Demande de réorientation

2 Identification du demandeur

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance :

3 Identification de la demande

- orientation vers un établissement
- orientation vers un service médico-social

4 Situation actuelle du demandeur

Etes-vous pris en charge par un établissement ou un service ? OUI NON

Si oui, précisez par quel(s) type(s) de prise en charge ? :

- Accueil de jour
- Hébergement
- Accueil temporaire
- Service

Si oui, précisez par quel(s) type(s) d'établissement ou de service ? :

- IME (Institut médico-éducatif)
- ITEP (Institut thérapeutique éducatif et pédagogique)
- FAM (Foyer d'accueil médicalisé)
- MAS (maison d'accueil spécialisée)
- Foyer de vie
- Foyer d'hébergement
- SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé)
- SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)
- Autre, veuillez préciser : _____

Adresse :

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

Tél : _____

Si non, êtes vous hébergé : à votre domicile
 par un accueil familial agréé

Travaillez-vous actuellement ? OUI NON

Si oui, quelles sont les coordonnées de votre employeur ?

Nom : _____

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

Tél : _____

5 Situation souhaitée par le demandeur

Souhaiteriez-vous être hébergé ou bénéficier d'un service médico-social ?

- accueil de jour dans un établissement
- accueil à temps plein
- accueil temporaire
- hébergement dans un foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés
- accompagnement par un service

A partir de quelle date :

Avez-vous une préférence pour un établissement ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Nom : _____

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville _____

Tél. _____

- Je souhaite que la Maison départementale des personnes handicapées me fournisse la liste des ESAT

Qui a rempli cette demande ?

- l'intéressé
- le tuteur
- un parent
- Autre, veuillez préciser : _____

6 Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications de situation qui pourraient intervenir.

Fait à :

Le :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L 554-1 L 835 5 du Code de la sécurité sociale - Article L 351.13 du Code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du Code pénal).

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 l'organisme qui a traité votre demande.

00177G/6-DGAS-70

D'une manière générale :

- ne remplissez pas les dossiers concernant des éléments que vous ne demandez pas ou qui ne vous concernent pas,

- la procédure simplifiée ne peut être appliquée qu'aux anciens paratetra ne demandant pas la PCH (pas de convocation à la CDAPH) tous les autres seront à la PCH,
- ne remplissez aucun élément pris en charge par la PCH et pas par l'ancien système (aides techniques, aménagement du logement, aménagement du véhicule, aide financière pour dépenses spécifiques ou exceptionnelles et aide animalière) si vous ne voulez pas être automatiquement basculé sur la PCH, car il n'est pas possible de revenir à l'ancienne formule ensuite,
- photocopiez l'intégralité de votre dossier rempli, ils ont tendance à se perdre, de leur propre aveu...
- je vous souhaite bon courage !