



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



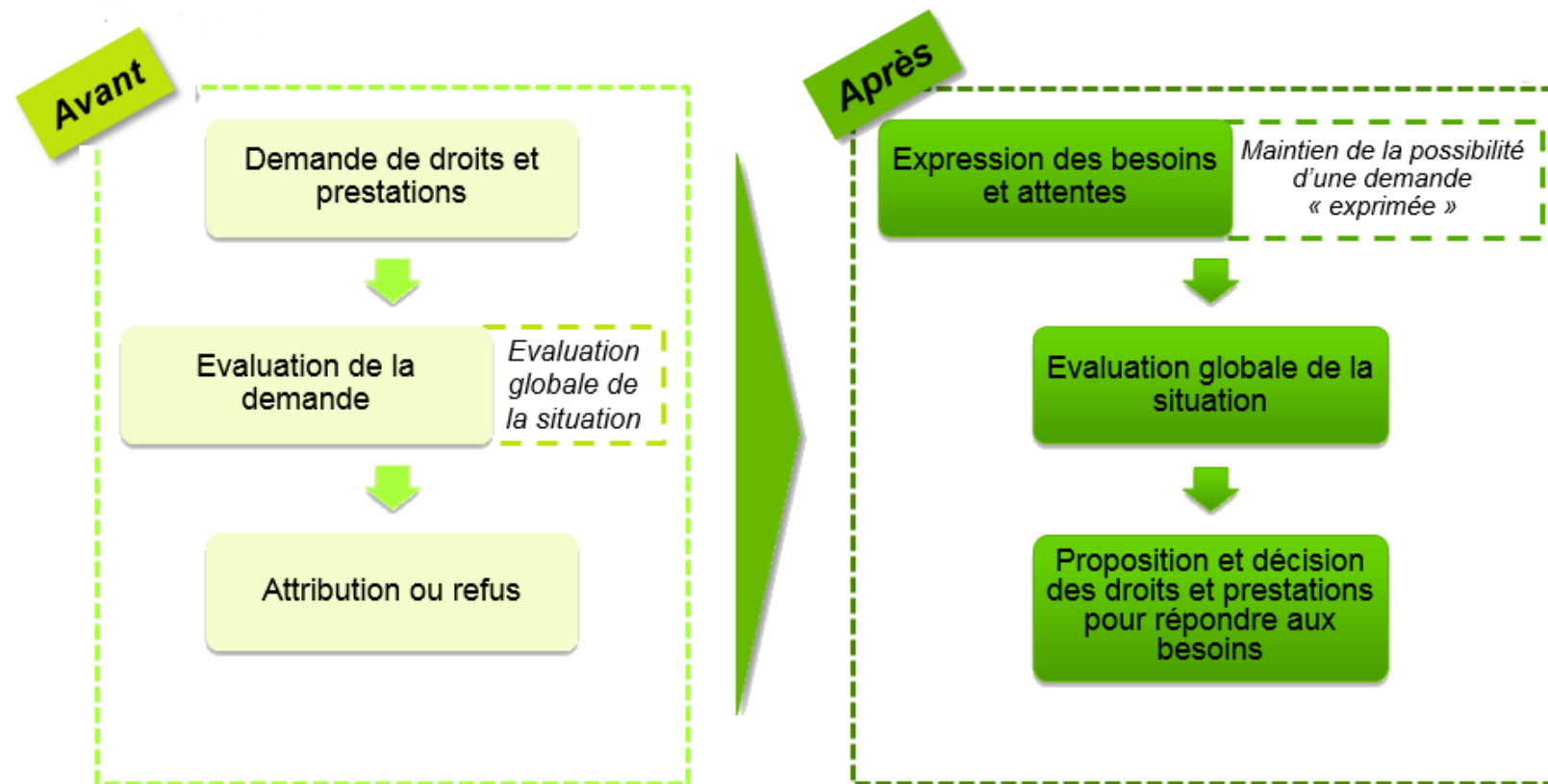
2. Améliorer les délais de traitement en cohérence avec la loi de 2005



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

A Votre identité Remplissements obligatoires

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

Sexe Homme Femme

Nom de naissance Non d'époux 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, le lieu précis à non de la personne si vous résidez : _____

Adresse actuelle : _____

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, votre changement ou l'ancien adresse, précisez en quel lieu : _____

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 : _____

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 demandé à l'usage d'un professionnel d'évaluation de la MDPH qui a besoin de connaître des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, les appartenances à des personnes ou établissements fonctionnels.
- 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 Docteur _____ Date : _____

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

depuis mon précédent certificat. Signature : _____

A l'attention du patient

Merci d'aller avec votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance _____ Nom d'étage : _____

Prénoms _____ Date de naissance : _____

Adresse _____

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

Quelques les principales besoins et attentes exprimés 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 concernées, 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

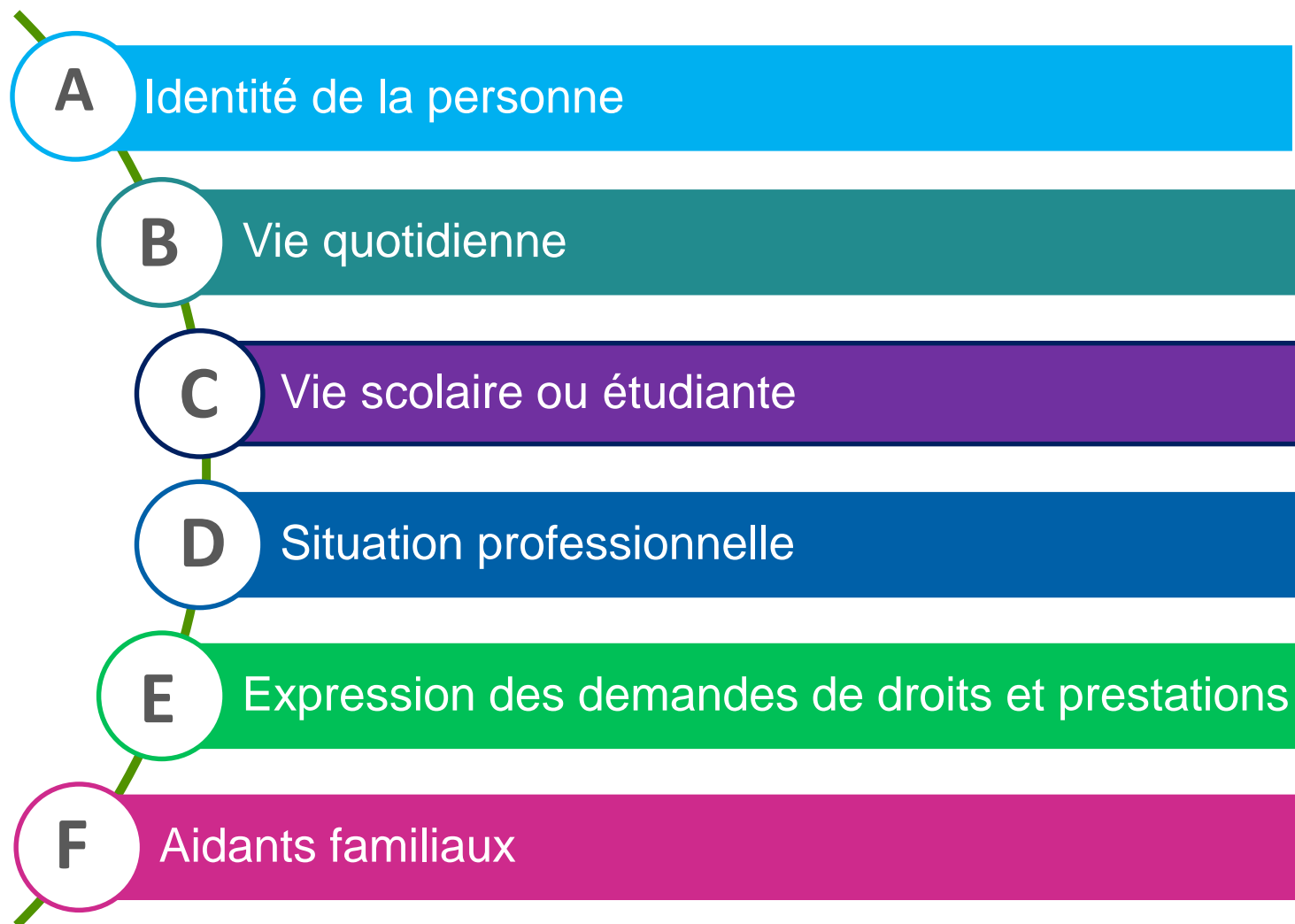
20209 - 0017 - Législation Formulaires Impôts Sociaux - Nationalité - 03/20 04 20 90

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

A3 Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH
Vous acceptez que nous contactons ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

Un proche Une association 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"/> J'accepte, 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"/> Je n'accepte pas 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)

D'une famille d'accueil

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^{re} catégorie 2^e catégorie 3^e 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 prestations dans les domaines suivants :

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) sous un de ses compléments	Retraitements d'allocation compensatrice (ACTP ou ACTP)
Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Projet personnalisé de scolarisation - PPS et aide à la scolarisation
Allocation aux adultes handicapés (AAH) sous un de ses compléments	Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle
Carte mobilité inclusion personnes avec handicap	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Orientation vers un établissement ou service spécialisé et accompagnement pour permettre l'accès à l'éducation	Attache spéciale à l'assurance maladie des parents au foyer (AMPF)
Orientation vers un établissement ou service spécialisé (ESMS) établissements	
Prestation de compensation du handicap (PCH)	

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 en cas de changement
- 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 : Ce certificat est à compléter par le médecin. Il est à retourner à l'accueil de la MDPH.

A l'attention du médecin

Le certificat médical est à compléter par le médecin. Il est à retourner à l'accueil de la MDPH.

A l'attention du patient

Le patient doit compléter ce document en fonction de sa situation.

A joindre à ce document

Le patient doit joindre à ce document les documents suivants :

Mandat d'assistance de la ROCHE SUE TON

ROCHE SUE TON
11111 RUE DE LA ROCHE SUE TON
11111
Mandat d'assistance de la ROCHE SUE TON

Le mandat d'assistance de la Roche Sue Ton est un document qui permet à la Roche Sue Ton d'assister le patient dans ses démarches administratives.

Mandat d'assistance de la ROCHE SUE TON

ROCHE SUE TON
11111 RUE DE LA ROCHE SUE TON
11111
Mandat d'assistance de la ROCHE SUE TON

Le mandat d'assistance de la Roche Sue Ton est un document qui permet à la Roche Sue Ton d'assister le patient dans ses démarches administratives.

- 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:

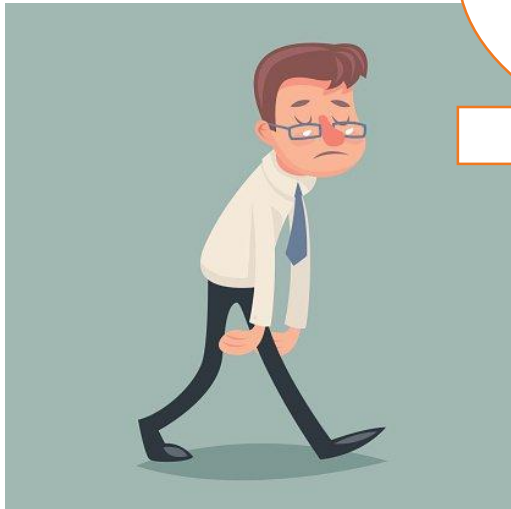
- Une RQTH
- Orientation vers le marché du travail
- CMI priorité

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.

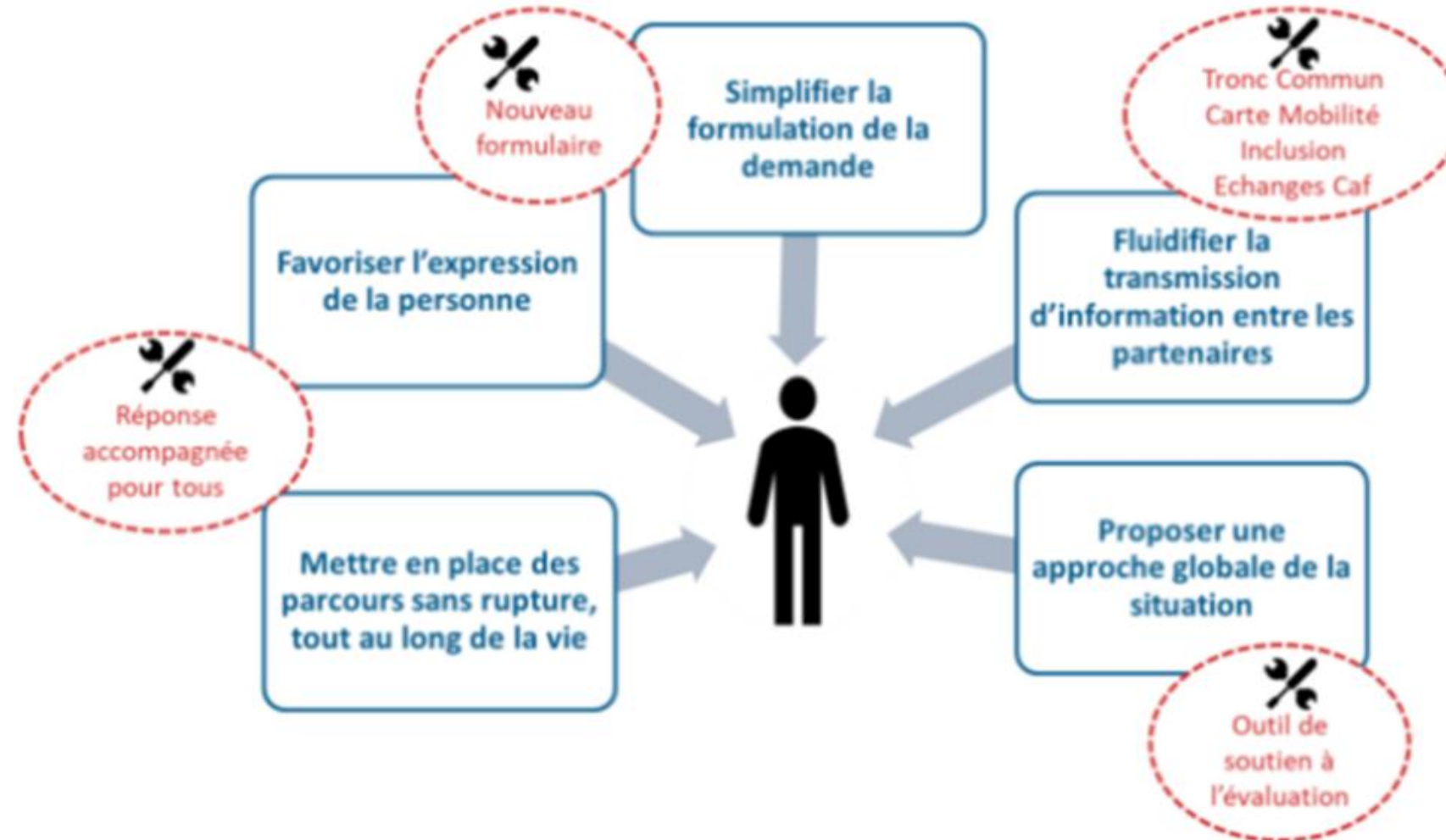


La commission (CDAPH) étudie les propositions de
L'Equipe Pluridisciplinaire et décide d'attribuer les
droits préconisés par l'équipe pluridisciplinaire. Les
notifications de décision sont envoyées à l'utilisateur.



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 !**