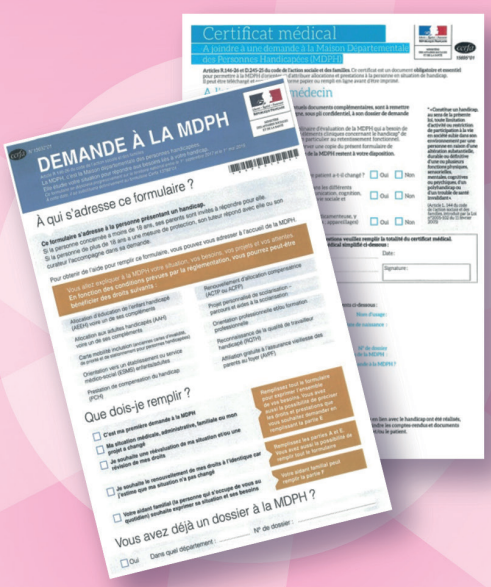
Centre Ressources Autisme Limousin

Guide pratique des usagers :

Comment remplir le dossier MDPH

Travail



Orientations

Prestations

Contacts

Scolarisation

cra limousin Centre ressources autisme

CHU Centre hospitalier universitaire Limoges

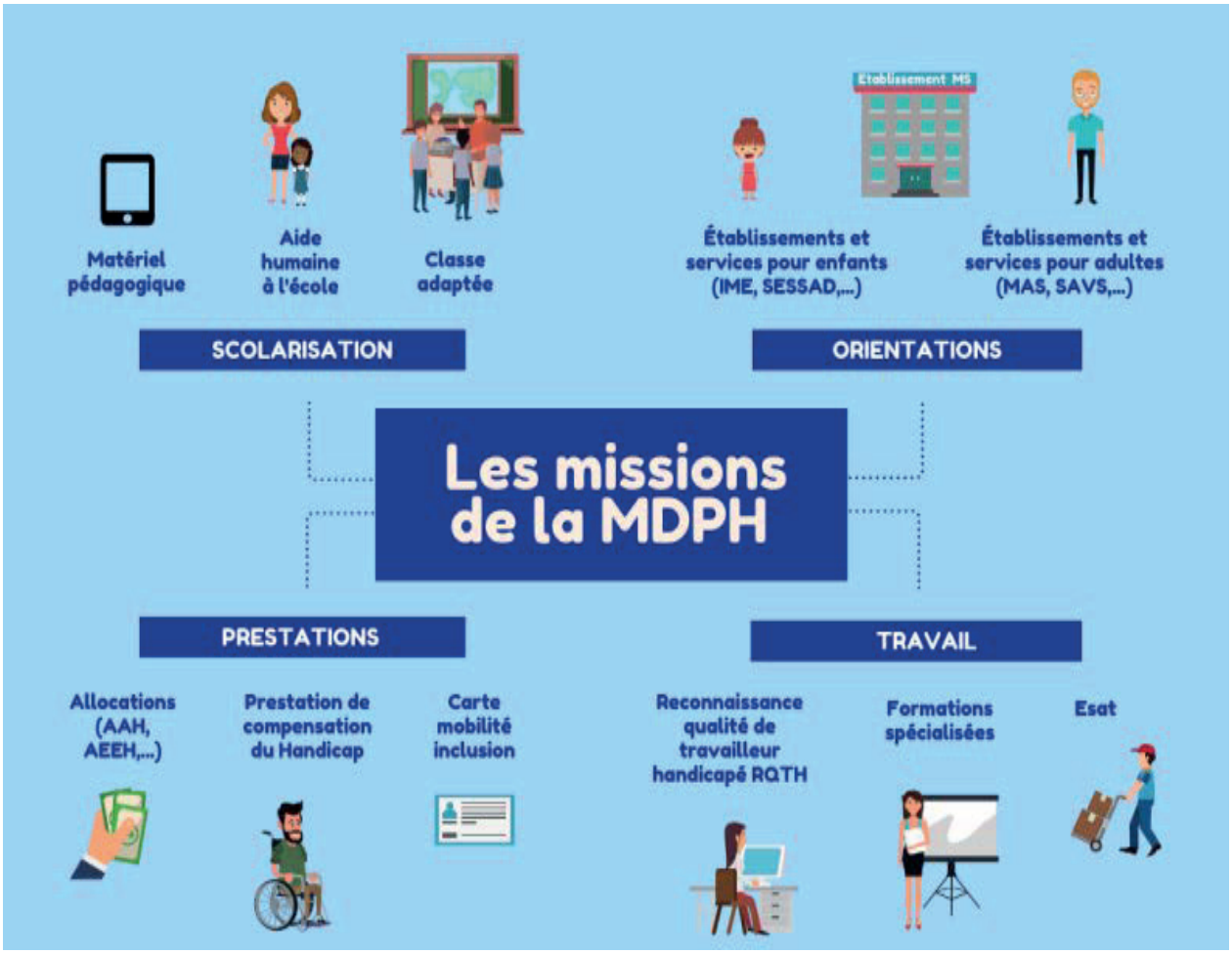
Ce document est un appui pour vous accompagner dans le remplissage du formulaire destiné à la MDPH après un diagnostic d'autisme.
Il ne saurait remplacer les conseils de la MDPH dont vous dépendez.

- **La MDPH c'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées .**

❖ **Chaque département** dispose d'une MDPH, si vous souhaitez faire une demande vous devez vous adresser à celle du département où vous habitez.

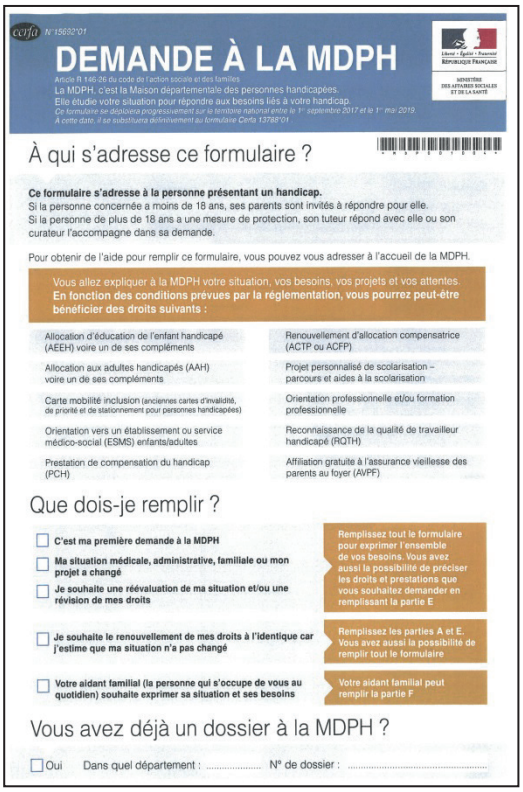
❖ **Les services que vous pourrez trouver** :
- Le retrait du formulaire de demande
- Un accueil pour les personnes handicapées ou leur famille
- Une information sur les droits et les aides et une évaluation avec vous de vos besoins
- Un suivi de votre dossier, de vos demandes
- Un accompagnement dans vos démarches et votre dossier

❖ **Comment prendre contact?**
- Par téléphone
- Par mail
- Par courrier
- Dans les locaux de la MDPH, une personne à l'accueil peut vous renseigner.



LE DOSSIER MDPH ..explications pas à pas

La Partie Administrative



cerfa N° 15692*01

DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles
La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.
Ce formulaire se déploiera progressivement sur le territoire national entre le 1er septembre 2017 et le 1er mai 2019.
*A cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13788*01*

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 allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.
En fonction des conditions prévues 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 (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)
- 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)

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 ?

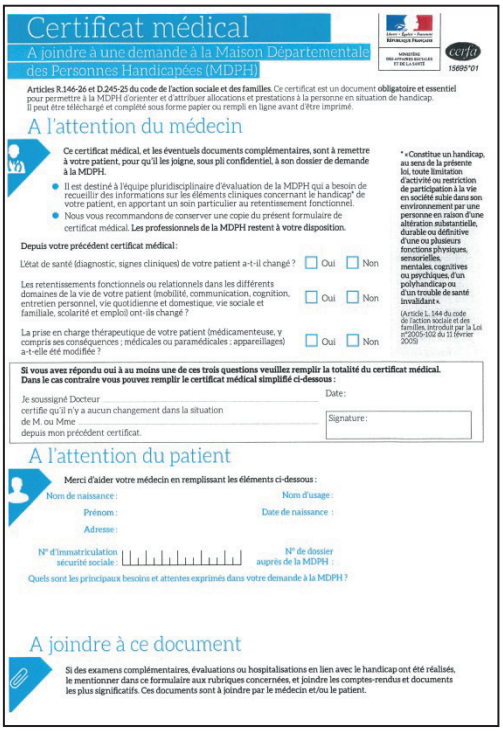
☐ Oui Dans quel département : ..... N° de dossier : .....

Ce formulaire vous permet d'expliquer plus précisément votre situation, vos besoins et vos attentes.
Il est composé de 6 parties : A B C D E F.

- **A** Votre identité
- **B** Votre vie quotidienne
- **C** Vie scolaire ou étudiante
- **D** Votre situation professionnelle
- **E** Expression des demandes de droits et prestations
- **F** Vie de votre aidant familial

*Cerfa 15692*01*

La Partie Médicale



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

cerfa 15695*01

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document **obligatoire et essentiel** pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap.
Il peut être téléchargé 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 joigne, 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 recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. **Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? ☐ Oui ☐ Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ? ☐ Oui ☐ Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) 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 .....
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation
de M. ou Mme .....
depuis mon précédent certificat.

Date :
Signature :

A l'attention du patient

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

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :
Adresse :
N° d'immatriculation sécurité sociale : N° de dossier auprès de la MDPH :
Quels sont les principaux 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/ou le patient.

* « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »
(Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles. Introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

Le certificat médical est à remplir par un médecin.
Un certificat sur un autre support ne sera pas validé par la MDPH.

*Cerfa 15695*01*

A / PARTIE IDENTITE

cerfa N°15692*01

DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles
La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.
Ce formulaire se déploiera progressivement sur le territoire national entre le 1er septembre 2017 et le 1er mai 2019.
*A cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13788*01.*

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

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 allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.
En fonction des conditions prévues 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 (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)
- 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)

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 : .....

Pensez à cocher.

A renseigner si vous disposiez déjà d'un dossier MDPH dans le passé.

A Votre identité — Renseignements obligatoires

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

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme
Nom de naissance : ..... Nom d'époux/se ou d'usage : .....
Prénoms : ..... Date de naissance : ..../..../....
Nationalité : ☐ Française ☐ Espace Économique 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 (si besoin précisez le nom de la personne qui vous héberge) : .....
Adresse (numéro et rue) : .....
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 élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez son nom : .....
Organisme payeur de prestations familiales/RSA : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre N° d'allocataire : .....
Organisme d'assurance maladie : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ RSI ☐ Autre (préciser) : .....
Votre numéro de Sécurité Sociale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer 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

	Parent 1 ou représentant légal 1	Parent 2 ou représentant légal 2
Nom :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse (numéro et rue) :		
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 attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale.

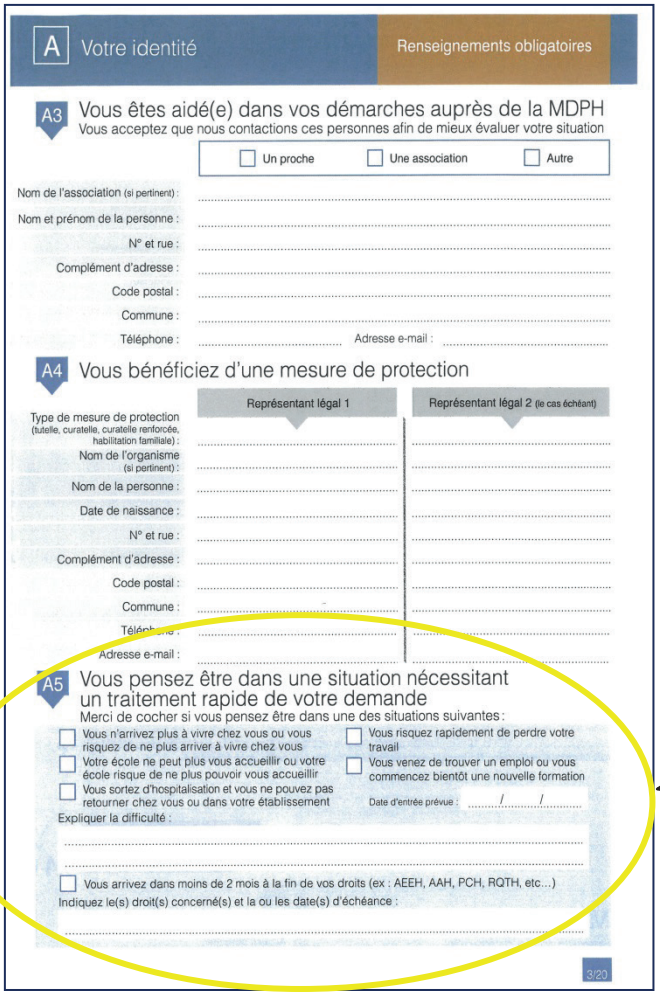
2/20 Nom : Prénom :

A renseigner au nom de la personne/enfant concerné par le dossier.

N'oubliez pas de remplir cette partie.

A renseigner si le dossier concerne un mineur.

A / PARTIE IDENTITE



A Votre identité — Renseignements obligatoires

A3 Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH
Vous acceptez que nous contactions 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 :

A4 Vous bénéficiez d'une mesure de protection

	Représentant légal 1	Représentant légal 2 (le cas échéant)
Type de mesure de protection (tutelle, curatelle, curatelle renforcée, habilitation familiale) :		
Nom de l'organisme (si pertinent) :		
Nom de la personne :		
Date de naissance :		
N° et rue :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone :		
Adresse e-mail :		

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 :

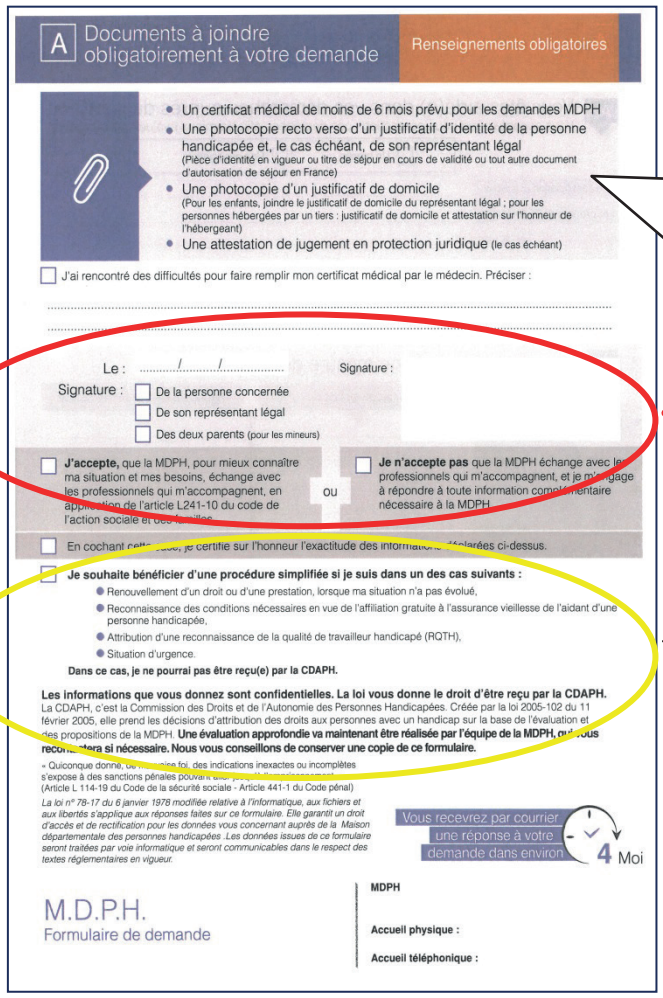
☐ Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous
☐ Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir
☐ Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement
☐ Vous risquez rapidement de perdre votre travail
☐ Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation
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 :

3/20

A cocher si vous demander un traitement du dossier en urgence.



A Documents à joindre obligatoirement à votre demande — Renseignements obligatoires

- 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)

☐ J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :

Le : ..../..../.... Signature :

Signature : ☐ De la personne concernée
☐ De son représentant légal
☐ Des deux parents (pour les mineurs)

☐ **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

☐ **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

☐ En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

☐ **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.

Les informations que vous donnez sont confidentielles. La loi vous donne le droit d'être reçu par la CDAPH. La CDAPH, c'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Créée par la loi 2005-102 du 11 février 2005, elle prend les décisions d'attribution des droits aux personnes avec un handicap sur la base de l'évaluation et des propositions de la MDPH. **Une évaluation approfondie va maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous reconvoquera si nécessaire. Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.**

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à [illegible] »
(Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - 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 rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Vous recevrez par courrier une réponse à votre demande dans environ 4 Moi

M.D.P.H.
Formulaire de demande

MDPH

Accueil physique :

Accueil téléphonique :

Pensez à joindre :
- Pièce d'identité de la personne concernée par le dossier,
- Pièces d'identité des représentants légaux si la personne est mineure,
- Le justificatif de domicile (+attestation d'hébergement si nécessaire).

N'oubliez pas de signer et dater.

Pour une demande et un traitement urgent ou rapide.

B / VIE QUOTIDIENNE

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)
.....

Vous êtes hébergé(e) au domicile (pensez à indiquer son nom et son adresse dans le bloc A1) :
☐ De vos parents (ou l'un d'entre eux) ☐ De vos enfants (ou l'un d'entre eux)
☐ D'un(e) ami(e) ☐ D'un autre membre de votre famille
☐ 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 : ☐ 1re catégorie ☐ 2e catégorie ☐ 3e 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)

Nom : Prénom: 5/20

Partie réservée aux demandeurs adultes, vous devez déclarer vos sources de revenus ici (n'hésitez pas à fournir des justificatifs. Ex : attestation de situation de la CAF, déclaration d'impôt).

B Votre vie quotidienne — Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée

☐ Aide technique, matériel ou équipement
☐ Aménagement de logement ☐ Aménagement de véhicule ☐ Aides animalières
☐ Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur... .....
☐ Autres : .....

☐ Aide à la personne (avec quelqu'un à domicile)
☐ Votre famille ☐ Professionnel de soins à domicile
☐ Un accompagnement médico-social
☐ Autres : .....

A remplir seulement si des aides existent déjà (les aides humaines à l'école n'apparaissent pas ici).

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 : ..... %.

A remplir si le dossier concerne un enfant et si un des 2 parents a renoncé à son emploi (partiellement ou pas) en lien avec le handicap de l'enfant.

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

Déclarer ici les dépenses telles que psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, matériel sensoriel etc… (*devis et factures nécessaires).*

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 gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives assurances, impôts…)
☐ Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)
☐ Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir…)
☐ Pour faire les courses
☐ Pour préparer les repas
☐ Pour prendre les repas
☐ Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements
☐ Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation …)

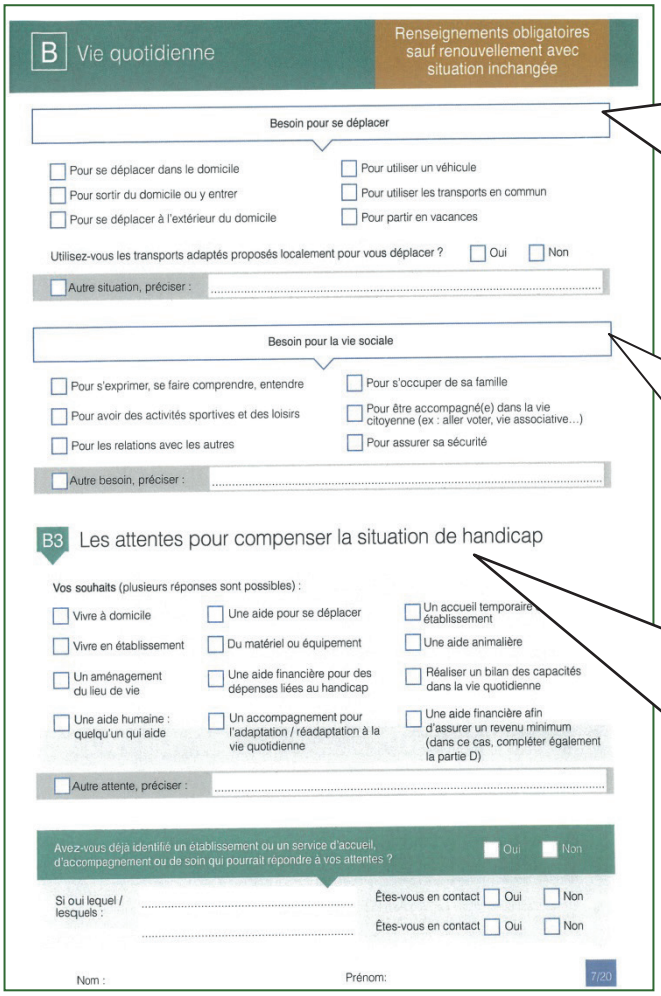
☐ Autre besoin, préciser : .....

6/20

A renseigner, si une difficulté, une autonomie partielle est existante dans l'un des items, il faut le cocher (exemple : nécessité d'une stimulation régulière, d'une présence et d'une guidance verbale, situation anxiogène importante, etc.).

Utiliser ces parties pour préciser une difficulté non listée (ex : sommeil).

B / VIE QUOTIDIENNE



B Vie quotidienne — Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée

Besoin pour se déplacer

- ☐ Pour se déplacer dans le domicile
- ☐ Pour sortir du domicile ou y entrer
- ☐ Pour se déplacer à l'extérieur du domicile
- ☐ Pour utiliser un véhicule
- ☐ Pour utiliser les transports en commun
- ☐ 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 avoir des activités sportives et des loisirs
- ☐ Pour les relations avec les autres
- ☐ Pour s'occuper de sa famille
- ☐ Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative...)
- ☐ Pour assurer sa sécurité

☐ Autre besoin, préciser : .....

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

- ☐ Vivre à domicile
- ☐ Vivre en établissement
- ☐ Un aménagement du lieu de vie
- ☐ Une aide humaine : quelqu'un qui aide
- ☐ Une aide pour se déplacer
- ☐ Du matériel ou équipement
- ☐ Une aide financière pour des dépenses liées au handicap
- ☐ Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne
- ☐ Un accueil temporaire / établissement
- ☐ Une aide animalière
- ☐ Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne
- ☐ 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

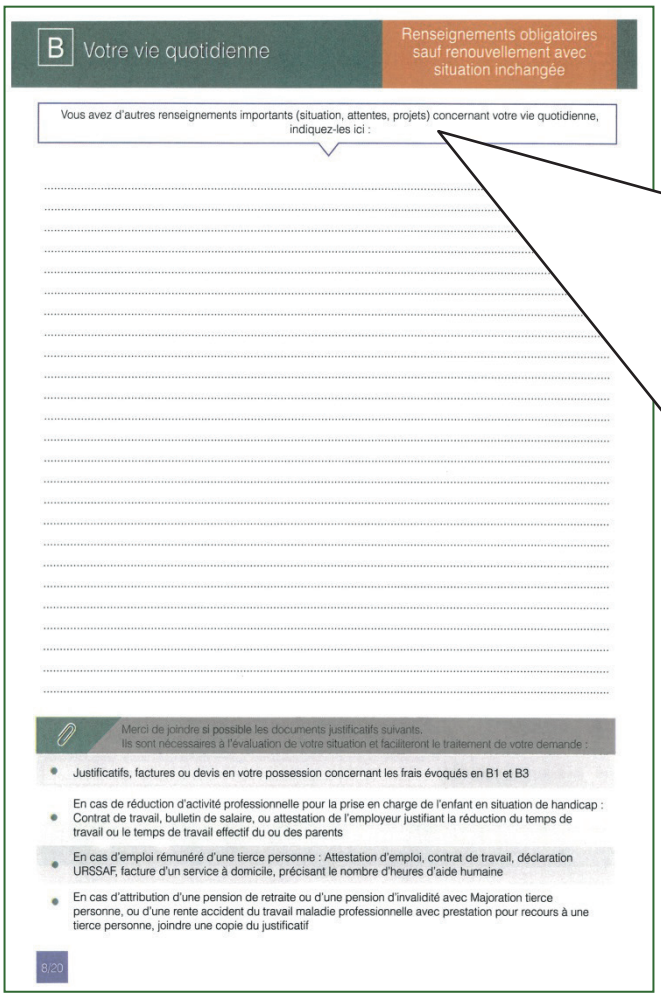
Nom : Prénom: 7/20

A renseigner en cas de :

- Angoisses lors des déplacements et répercussions lors des nouveaux trajets/lieux etc..
- Mise en danger en extérieur
- Etc..

Différencier la personne verbale de la capacité de la personne à exprimer ses émotions, ses désirs, ses refus, ses demandes et son niveau de lecture des expressions des autres.

Exprimer les demandes pour la vie à la maison (ex : la demande de SESSAD ou PCPE apparait ici sous l'item « accompagnement pour l'adaptation à la vie quotidienne ») (l'aide humaine n'est pas celle pour l'école qui est exprimée ici, mais bien pour la maison).



B Votre vie quotidienne — Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie quotidienne, indiquez-les ici :

.....

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

8/20

<u>Le projet de vie (pour l'année à venir)</u>

Il s'agit d'un texte à rédiger pour expliquer à la MDPH qui est le demandeur dans sa vie quotidienne.

Il peut être rédigé sur une feuille à part et ajouter au dossier ici en intercalaire.

Il faut :

1. Décrire le contexte de vie actuel de la personne demandeuse .
2. Expliquer les difficultés de la personne dans sa vie de tous les jours en illustrant par des anecdotes, des exemples.
3. Expliquer les difficultés de la famille dans la vie de tous les jours en illustrant par des anecdotes, des exemples.
4. Faire le lien avec les demandes exprimées dans le dossier.

Ce texte n'est pas obligatoire mais il est essentiel pour permettre à la MDPH et son équipe de bien comprendre votre situation.

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 : ..... / ..... / .....

Nom : Prénom: 9/20

N'oubliez pas de renseigner cet encart.

C Vie scolaire ou étudiante — Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Établissement(s)

Vous disposez actuellement d'accompagnements ou de soins :

- ☐ Soins hospitaliers
- ☐ Soins en libéral
- ☐ Autre, préciser : .....

Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :

- ☐ Aménagements et adaptations pédagogiques
- ☐ Outils de communication
- ☐ Matériel informatique et audiovisuel
- ☐ Matériel déficience auditive
- ☐ Matériel déficience visuelle
- ☐ Mobilier et petits matériels
- ☐ Transport
- ☐ Autre, préciser : .....

Vous disposez actuellement d'une aide humaine aux élèves handicapés :

☐ Si oui, préciser laquelle : .....

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

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soirée/nuit							

10/20

Penser à faire apparaitre si un accompagnement est en place (ex : orthophoniste, psychologue, UPE, SESSAD, PCPE, etc..).

Si un AESH est déjà notifié mais non attribué, il faut le préciser.

Le planning de l'enfant/étudiant :

- Temps scolaire/universitaire.
- Temps d'accompagnement en libéral ou autre.
- Centre de loisirs par exemple mais pas les activités de loisirs.

C / VIE SCOLAIRE OU ETUDIANTE

C Vie scolaire ou étudiante — Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

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 ;
- 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.

Besoins en lien avec les apprentissages

- ☐ Pour lire
- ☐ Pour écrire, prendre des notes
- ☐ Pour calculer
- ☐ Pour comprendre, suivre les consignes
- ☐ Pour organiser, contrôler son travail
- ☐ Pour l'utilisation du matériel
- ☐ Autre, préciser : .....

Besoins pour communiquer

- ☐ Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre
- ☐ Pour les relations avec les autres
- ☐ Pour assurer sa sécurité
- ☐ Autre, préciser : .....

Besoins pour l'entretien personnel

- ☐ Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)
- ☐ Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements)
- ☐ Pour les repas (manger, boire)
- ☐ Pour prendre soin de sa santé
- ☐ Autre, préciser : .....

Besoins pour se déplacer

- ☐ Pour se déplacer à l'intérieur des locaux
- ☐ Pour se déplacer à l'extérieur des locaux
- ☐ Pour utiliser les transports en commun
- ☐ Autre, préciser : .....

Nom : Prénom: 11/20

Conseil : remplir cette partie avec l'enseignant/professeur

1. Considérer qu'une stimulation verbale est une aide donc un besoin à exprimer
2. Faire apparaitre :

✓ Les troubles de l'attention.
✓ Les difficultés à l'écrit.
✓ Les difficultés en motricité fine.
✓ Le niveau de compréhension des consignes individuelles/collectives.
✓ Les conduites lors des récréations.
✓ Les conduites lors des transitions.
✓ Les difficultés en terme d'organisation.
✓ Les besoins lors des temps de cantine.
✓ etc..

C Vie scolaire ou étudiante — Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

C3 Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

- ☐ Une adaptation de la scolarité
- ☐ Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation
- ☐ Une orientation scolaire différente
- ☐ Une prise en charge par un établissement sans hébergement
- ☐ Une aide humaine
- ☐ Une prise en charge par un établissement avec hébergement
- ☐ Une aide matérielle
- ☐ Autre, préciser : .....

Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire, universitaire ou médico-social, qui pourrait répondre à vos attentes ? Si oui, lequel ? .....

Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le «GEVAsco». Le GEVASco, c'est un guide de recueil de données que vous remplissez avec le directeur d'établissement (première demande) ou l'enseignant référent (réexamen).
Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.

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.

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre enseignant référent, indiquez pourquoi : .....

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie scolaire, étudiante ou apprentissage, indiquez-les ici :

.....

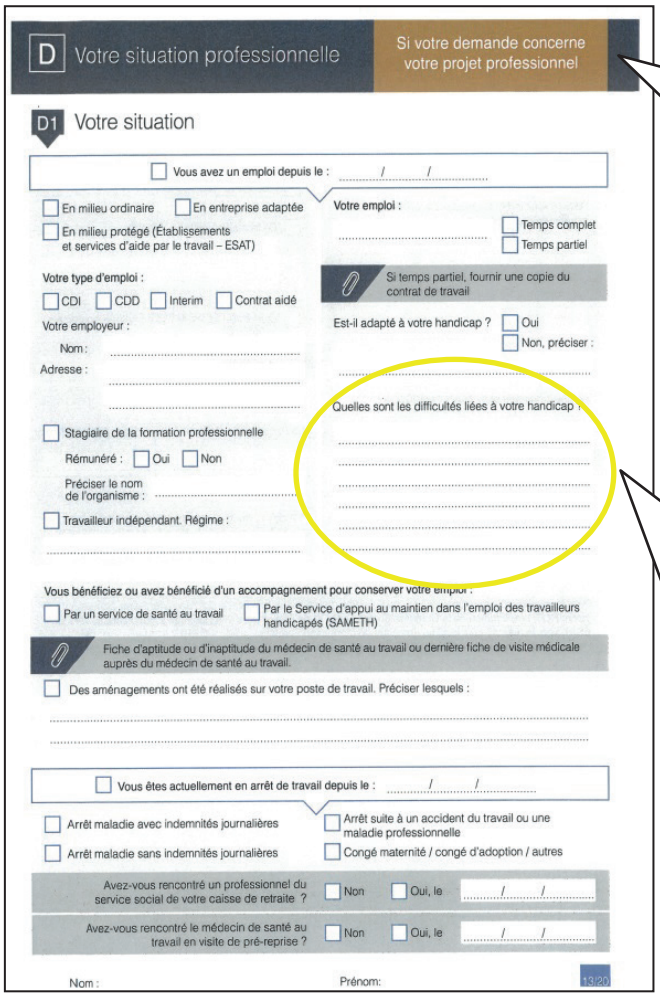
12/20

Cette partie permet d'exprimer les demandes de :

- AESH sous l'item « aide humaine ».
- Besoin de SESSAD, PCPE etc. sous l'item « accompagnement pour une réadaptation ».
- Le matériel pédagogique sous l'item « aide matérielle ».
- Les adaptations des supports, de l'espace etc. sous l'item adaptation de la scolarité ».
- Les orientations vers une scolarité adaptée (ULIS, Autorégulation, UEEA, UEMA etc.).
- Les orientations vers une structure type IME.
- Le besoin d'un accompagnement par un professionnel en libéral lors des temps scolaires dans « autre ».

Ici vous pouvez expliquer, argumenter les demandes faites sur le plan scolaire.
On utilisera aussi cette zone pour les demandes de 1/3 temps aux examens par exemple, d'aménagements plus spécifiques.

D / VIE 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 : ....

Votre emploi : ....
☐ Temps complet
☐ Temps partiel

Si temps partiel, fournir une copie du contrat de travail

Est-il adapté à votre handicap ? ☐ Oui ☐ Non, préciser : ....

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap ? ....

Vous bénéficiez ou avez bénéficié d'un accompagnement pour conserver votre emploi :
☐ Par un service de santé au travail ☐ Par le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)

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.

☐ Des aménagements ont été réalisés sur votre poste de travail. Préciser lesquels : ....

☐ Vous êtes actuellement en arrêt de travail depuis le : ..../..../....
☐ Arrêt maladie avec indemnités journalières
☐ Arrêt maladie sans indemnités journalières
☐ Arrêt suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle
☐ Congé maternité / congé d'adoption / autres

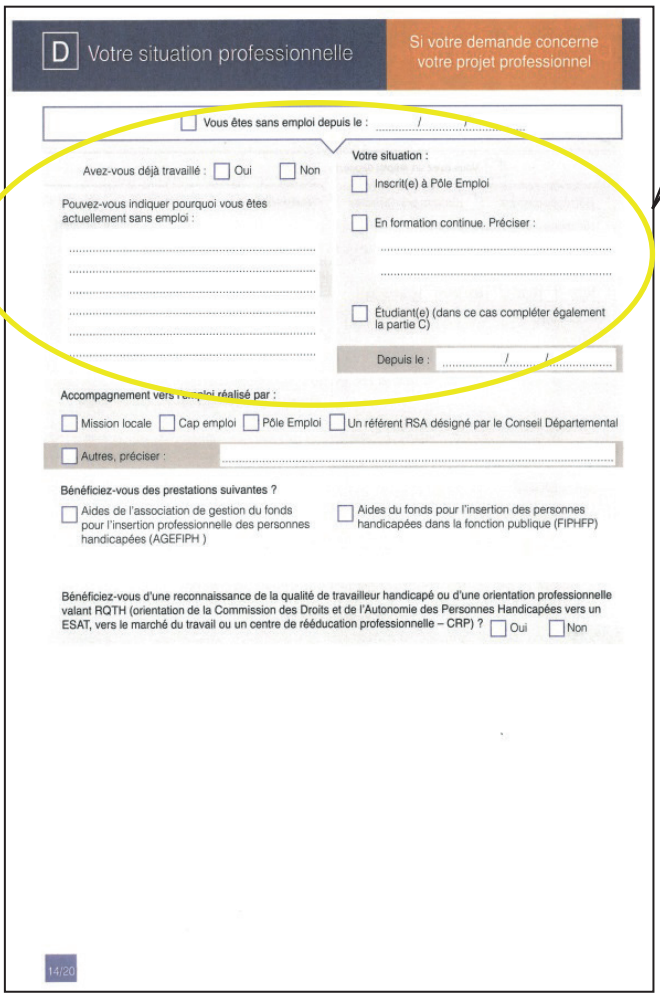
Avez-vous rencontré un professionnel du service social de votre caisse de retraite ? ☐ Non ☐ Oui, le ..../..../....

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

Nom : Prénom :

La partie D concerne les personnes de 16 ans et + arrivées au terme de leur parcours scolaire.

Lister les difficultés liées à l'emploi est indispensable
(ex : travail en équipe, temps de réunion, accueil de public, angoisses majeurs , difficultés du rythme horaire, sensibilité au bruit/lumière, les temps de pause, le stationnement et les déplacements, les entretiens, l 'organisation des taches, les besoins de consignes claires, les recours nécessaires au support visuel etc.).



D Votre situation professionnelle — Si votre demande concerne votre projet professionnel

☐ Vous êtes sans emploi depuis le : ..../..../....

Avez-vous déjà travaillé : ☐ Oui ☐ Non

Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes actuellement sans emploi : ....

Votre situation :
☐ Inscrit(e) à Pôle Emploi
☐ En formation continue. Préciser : ....
☐ Étudiant(e) (dans ce cas compléter également la partie C)
Depuis le : ..../..../....

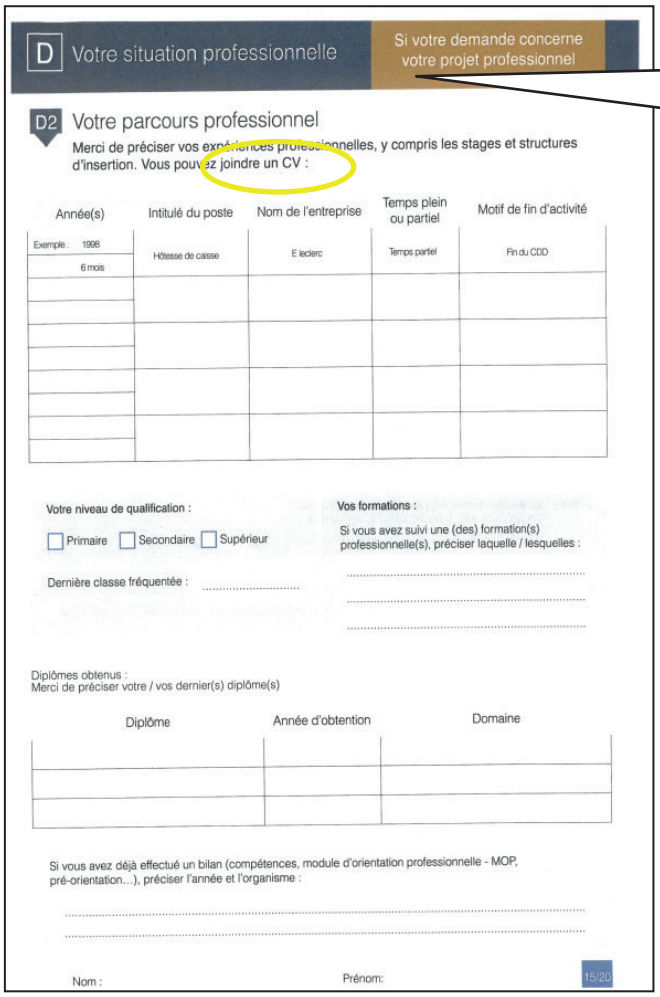
Accompagnement vers l'emploi réalisé par :
☐ Mission locale ☐ Cap emploi ☐ Pôle Emploi ☐ Un référent RSA désigné par le Conseil Départemental
☐ Autres, préciser : ....

Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?
☐ Aides de l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)
☐ Aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou d'une orientation professionnelle valant RQTH (orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées vers un ESAT, vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP) ? ☐ Oui ☐ Non

14/20

D / VIE PROFESSIONNELLE



D Votre situation professionnelle — Si votre demande concerne votre projet professionnel

D2 Votre parcours professionnel

Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

Année(s)	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Temps plein ou partiel	Motif de fin d'activité
Exemple : 1998 6 mois	Hôtesse de caisse	E.leclerc	Temps partiel	Fin du CDD

Votre niveau de qualification :

☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur

Dernière classe fréquentée : .....

Vos formations :

Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), préciser laquelle / lesquelles :

.....

.....

.....

Diplômes obtenus :
Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

Si vous avez déjà effectué un bilan (compétences, module d'orientation professionnelle - MOP, pré-orientation...), préciser l'année et l'organisme :

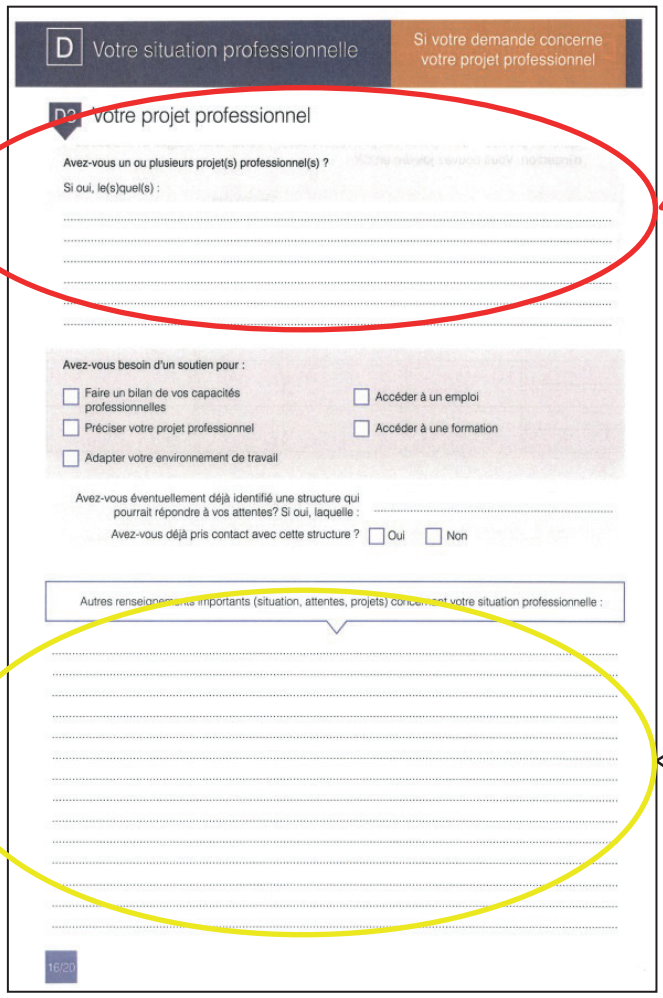
.....

.....

Nom : Prénom:

15/20

Ce volet doit être rempli
SAUF
si vous préférez joindre un **CV.**



D Votre situation professionnelle — Si votre demande concerne votre projet professionnel

D3 Votre projet professionnel

Avez-vous un ou plusieurs projet(s) professionnel(s) ?

Si oui, le(s)quel(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous besoin d'un soutien pour :

☐ Faire un bilan de vos capacités professionnelles
☐ Préciser votre projet professionnel
☐ Adapter votre environnement de travail
☐ Accéder à un emploi
☐ Accéder à une formation

Avez-vous éventuellement déjà identifié une structure qui pourrait répondre à vos attentes? Si oui, laquelle : .....

Avez-vous déjà pris contact avec cette structure ? ☐ Oui ☐ Non

Autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre situation professionnelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16/20

Indispensable à renseigner, soyez le plus clair possible.

Ici vous pouvez expliquer, argumenter les difficultés et les besoins d'aménagements sur le secteur de l'emploi.

E / EXPRESSION DES DEMANDES

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)
- ☐ 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)

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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom : Prénom: 17/20

Ce volet est un récapitulatif des demandes exprimées au fil du dossier.
A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT.

Consultez les pages 14 et 15 de ce livret pour le descriptif des aides existantes.
Si vous rencontrez des difficultés, tournez vous vers une Assistante Sociale (AS) de la MDPH, votre AS de secteur, ou un professionnel du secteur social et médico-social.

Il faut réécrire les demandes liées à la scolarité :

- AESH.
- Orientation demandée.
- Matériel pédagogique adapté.
- 1/3 temps aux examens.
- Aménagements des supports/environnement.
- Etc..

E Expression des demandes de droits et prestations

E3 Demandes relatives au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle (Dans ce cas, compléter aussi la partie D)

- ☐ Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- ☐ Orientation professionnelle
  - ☐ Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) ou Unité d'évaluation, de réentralnement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)
  - ☐ Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
  - ☐ Marché du travail ☐ Avec accompagnement par le dispositif Emploi accompagné

« Le dispositif emploi accompagné propose un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle du travailleur handicapé et à son employeur. Peuvent être bénéficiaires de ce dispositif les travailleurs handicapés :

- *ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,*
- *accueillis dans un établissement ou service d'aide par le travail ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,*
- *déjà en emploi en milieu ordinaire de travail, rencontrant des difficultés particulières pour sécuriser leur insertion professionnelle. »*

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). »

Vous venez de formuler une demande de droits et prestations.

Conformément à la loi du 11 février 2005, l'équipe de la MDPH peut proposer à la décision de la CDAPH, sur la base de l'examen de votre situation et de l'expression de vos besoins, l'ouverture de droits complémentaires.

18/20

La RQTH se demande ici.

LES AIDES ET PRESTATIONS POUR LES MINEURS et MAJEURS DE – 20 ANS

L'ALLOCATION D'ÉDUCATION POUR ENFANT HANDICAPÉ (AEEH)

- Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé peut prétendre à l'AEEH en fonction du taux d'incapacité retenu par la CDAPH (article L 541-1 du code de la sécurité sociale)
- Versée par la CAF ou la MSA,
- Pour aider à compenser les dépenses liées au handicap de l'enfant, que ce soit au niveau de l'éducation ou au niveau des soins.
- Non imposable, cette prestation n'est soumise à aucune condition de ressources.

LE COMPLÉMENT D'ALLOCATION D'ÉDUCATION POUR ENFANT HANDICAPÉ

- Aide financière justifiée par le niveau de handicap de l'enfant, les différentes contraintes qui en résultent pour la famille, et les moyens mis en œuvre pour les compenser (fournir des devis/factures).
  Il existe 6 niveaux de complément.
- Financée soit par la Caisse d'Allocations Familiales soit par le Conseil Départemental.
- La **CDAPH** peut décider d'attribuer un complément si le handicap de l'enfant occasionne :
  - ***des surcoûts liés*** au handicap du fait d'une ***autonomie réduite*** comparée à un enfant du même âge,
  - l'intervention d'une ***tierce personne***, et/ou le fait qu'un des parents soit contraint de ***renoncer partiellement ou totalement à son activité professionnelle.***

LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

- Destinée à compenser les besoins liés à la **perte d'autonomie.**
- Aide financière justifiée par le niveau de handicap de l'enfant, les différentes contraintes qui en résultent pour la famille, et les moyens mis en œuvre pour les compenser.
- Versée par le Conseil Départemental.
- Ouverte aux enfants et jeunes de moins de 20 ans depuis le 1er avril 2008.
- Son attribution est personnalisée.

LA CARTE MOBILITÉ INCLUSION PRIORITÉ (CMIP)

La Carte mobilité inclusion (CMI) priorité permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, de même que dans les établissements et les manifestations accueillant du public.
Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente.
Elle va remplacer progressivement l'ancienne carte de priorité.
La CMI priorité est attribuée à tout enfant dont le taux d'incapacité est inférieur à 80% et pour lequel la station debout est considérée comme pénible.
Cette condition est appréciée en tenant compte des aides techniques auxquelles l'enfant peut avoir recours.

LA CARTE MOBILITÉ INCLUSION STATIONNEMENT (CMIS)

La Carte mobilité inclusion (CMI) stationnement permet à la personne accompagnant l'enfant d'utiliser les places réservées dans les lieux ouverts au public.
La CMI stationnement est attribuée à tout enfant atteint d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied.

LES AIDES ET PRESTATIONS POUR LES MAJEURS DE + 20 ANS

L'ALLOCATION POUR ADULTE HANDICAPÉ (AAH)

- L'allocation aux adultes handicapés est versée aux personnes ayant un taux d'incapacité permanente : d'au moins 80% ou compris entre 50 et 79 %. Dans ce dernier cas, la personne doit remplir la condition supplémentaire d'avoir une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.
- Versée par la CAF ou la MSA,
- Seules les personnes habitant de façon permanente en France ou possédant un titre de séjour peuvent prétendre à l'**AAH**.
- Le demandeur doit être âgé d'au moins 20 ans, ou au moins 16 ans pour un jeune qui n'est plus considéré à la charge de ses parents pour le bénéfice des prestations familiales.
- Vos ressources ajoutées à celles de la personne avec laquelle vous vivez en couple ne doivent pas dépasser un plafond.

LA RECONNAISSANCE DE TRAVAILLEUR HANDICAPE (RQTH)

- La **RQTH** est reconnue à toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites du fait de la dégradation d'au moins une fonction physique, sensorielle, mentale ou psychique.
- La personne doit être âgée de plus de 20 ans (ou plus de 16 ans lorsque l'entrée dans l'emploi/stage est en projet)
- Permet de bénéficier d'aménagements d'horaires en fonction des conséquences de votre handicap. de bénéficier de règles particulières en cas de rupture de contrat de travail, comme le doublement de la durée du préavis de licenciement.
- La RQTH est accordée pour une durée déterminée. C'est au salarié de renouveler sa demande si nécessaire.

LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

- Aide financière non soumise à une condition de ressources. Cependant, une participation est laissée à la charge du bénéficiaire, elle est fonction de son niveau de ressources.
- La PCH est accordée en fonction de la perte d'autonomie.
- Le demandeur doit rencontrer :
  - Une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité, sur le plan de la mobilité, de l'entretien personnel, de la communication, des tâches et exigences générales et des relations avec autrui. La difficulté d'accomplir ces activités est qualifiée d'absolue lorsqu'elles ne peuvent pas du tout être réalisée par la personne handicapée

    Ou
  - Une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités, sur le plan de la mobilité, de l'entretien personnel, de la communication, des tâches et exigences générales et des relations avec autrui. La difficulté à accomplir ces activités est qualifiée de grave lorsqu'elles sont réalisées difficilement et de façon altérée par la personne handicapé.
- Versée par le Conseil Départemental.
- Le demandeur doit avoir moins de 60 ans sauf s'il exerce toujours une activité professionnelle.
- Son attribution est personnalisée.

LA CARTE MOBILITÉ INCLUSION PRIORITÉ (CMIP)

Les personnes handicapées et les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent obtenir une carte mobilité inclusion (CMI) destinée à leur faciliter la vie quotidienne.

En fonction de la situation et des besoins de la personne, cette carte peut porter une ou plusieurs des mentions suivantes : « invalidité », « priorité pour personnes handicapées » et « stationnement pour personnes handicapées ».

Cette condition est appréciée en tenant compte des aides techniques auxquelles la personne peut avoir recours

LE COMPLEMENT DE RESSOURCES.

Cette aide s'appelle désormais la **Majoration pour la vie autonome (MVA)** depuis le 1er décembre 2019.
La MVA, mise en place par la loi Handicap de 2005, permet aux personnes handicapées vivant à domicile de couvrir les dépenses d'aménagement de leur logement sous certaines conditions (bénéficier de l'AAH, taux d'incapacité supérieur à 80%, avoir un logement indépendant et percevoir l'aide au logement, ne pas percevoir de revenu à caractère professionnel).

F / 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 la 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 : .....

Prénom de l'aidant : ..... Date de naissance : ..../..../....

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 :

- ☐ Surveillance / présence responsable
- ☐ Aide aux déplacements à l'intérieur du logement
- ☐ Aide aux déplacements à l'extérieur
- ☐ Aide pour entretenir le logement et le linge
- ☐ Aide à l'hygiène corporelle
- ☐ Aide à la préparation des repas
- ☐ Aide à la prise de repas
- ☐ Coordination des intervenants professionnels
- ☐ Gestion administrative et juridique
- ☐ Gestion financière
- ☐ Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.)
- ☐ Aide à la communication et aux relations sociales
- ☐ Aide au suivi médical
- ☐ 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 : 19/20

Pour les enfants :
Les parents/grands-parents sont identifiés comme aidants familiaux, mais pas les familles d'accueils considérés comme professionnels.

Pour les adultes :
Toute personne, non professionnelle, qui vous aide dans l'organisation/la réalisation des gestes de votre quotidien, est considérée comme un aidant familial et peut remplir cette partie.

F Vie de votre aidant familial

Si vous souhaitez exprimer des besoins en tant qu'aidant familial

Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

- ☐ Éloignement géographique (déménagement…)
- ☐ Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation…)
- ☐ Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite…)
- ☐ Problème de santé
- ☐ Changement majeur dans la situation professionnelle
- ☐ Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge…)
- ☐ Autre, préciser : .....

F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

- ☐ Pouvoir vous reposer au quotidien
- ☐ Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin
- ☐ Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu
- ☐ Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances
- ☐ Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle
- ☐ Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux
- ☐ Obtenir une contrepartie financière
- ☐ Échanger avec d'autres aidants
- ☐ Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche
- ☐ Avoir un soutien psychologique
- ☐ Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche
- ☐ Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse
- ☐ Autre, préciser : .....

Avez-vous éventuellement déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos attentes? .....
Si oui, lequel / laquelle : .....

Vous souhaitez mieux connaître les dispositifs et aides existants :

☐ Pour vous ☐ Pour la personne aidée

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer concernant votre vie d'aidant :

.....

Signature de l'aidant :

20/20

A cocher si l'aidant a renoncé à son emploi, même partiellement et que cette réduction d'activité est en lien avec le handicap de la personne concernée par le dossier.

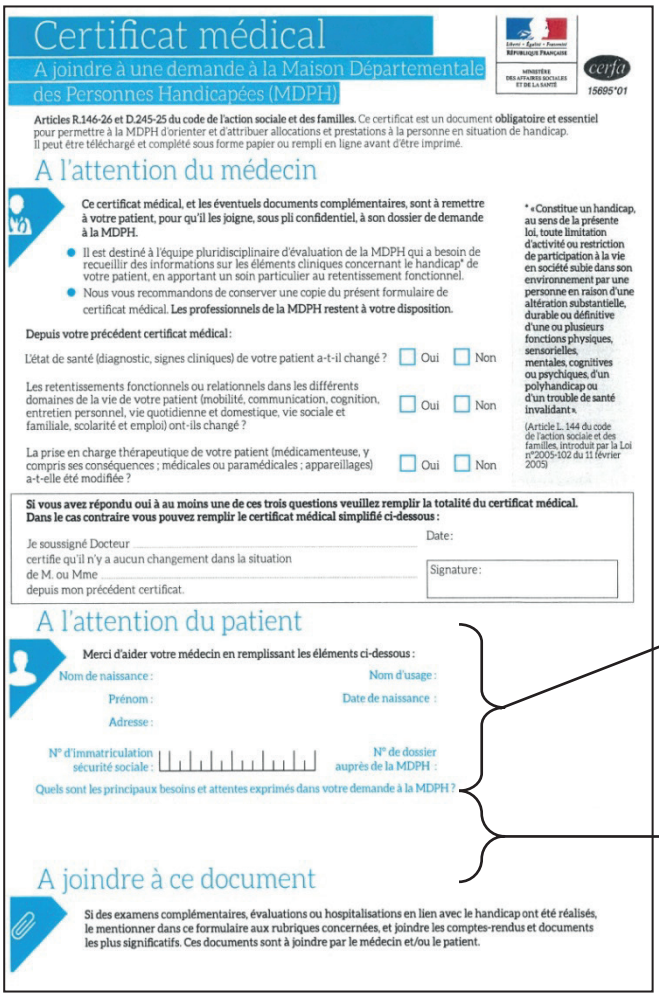
Seul l'aidant signe ici.

LE CERTIFICAT MEDICAL

<u>Le certificat médical est à faire établir par un médecin, il est obligatoire et à joindre conjointement au formulaire de demande de la MDPH.</u>

Pour information :

1. *Pensez à prendre un rendez vous dédié au certificat et à en avertir le médecin lors de la prise de rendez vous.*
2. *Pensez à indiquer au médecin s'il s'agit d'un certificat initial ou d'un renouvellement.*
3. *Pensez à amener tous les bilans, ou documents qui renseignent votre diagnostic et vos difficultés.*



Certificat médical

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

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
cerfa 15895*01

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document **obligatoire et essentiel** pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé 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 joigne, 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 recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. **Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? ☐ Oui ☐ Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ? ☐ Oui ☐ Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ? ☐ Oui ☐ Non

* « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

(Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

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 .....
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation
de M. ou Mme .....
depuis mon précédent certificat.

Date :

Signature :

A l'attention du patient

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

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation sécurité sociale : N° de dossier auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux 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/ou le patient.

La partie identité est à remplir par la personne qui dépose le dossier ou son représentant légal avant le rendez vous avec le médecin.

Indiquer les demandes exprimées dans le dossier MDPH administratif avant de rencontrer le médecin.

Pensez à joindre les comptes rendu de bilan dont vous disposez à ce certificat lors du dépôt du dossier auprès de la MDPH.

INFORMATIONS UTILES

Où trouver les documents (cerfa) du dossier MDPH?

- À retirer directement à l'accueil de votre MDPH.
- A télécharger sur le site de la MDPH ou du Conseil Départemental :

https://www.haute-vienne.fr/nos-actions/personnes-en-situation-de-handicap/la-mdph

- Constituer le dossier MDPH directement sur le site en ligne.

Cette fonctionnalité est disponible sur certains département (par exemple sur le 87) :
https://mdphenligne.cnsa.fr/mdph/87

Une aide en vidéo pour remplir/suivre le dossier MDPH?

- Chaine YouTube de la MDPH87 :
  - ✓ https://www.youtube.com/watch?v=se1o0RWsCzs
  - ✓ https://www.youtube.com/channel/UC94htVfQnbJzpMoSb80iPrA
- Chaine YouTube du CRA Ile de France :
  - ✓ https://www.youtube.com/watch?v=KbJUJVTjtAQ

Suivre/modifier le dossier MDPH?

- Une fois le dossier déposé à la MDPH, vous pouvez encore modifier ou ajouter des demandes tant qu'il n'est pas passé en commission (CDAPH). Il vous suffit de faire parvenir à la MDPH votre nouveau souhait en rappelant votre numéro de dossier (numéro attribué sur l'accusé de réception du dossier envoyé par la MDPH).
- Par téléphone en contactant votre MDPH.
- Suivre son dossier dans ses étapes au sein de la MDPH :

https://trajectoire.sante-ra.fr/Handicap/Accueil

Les dispositifs existants pour les personnes TSA sur le territoire Limousin :
Consulter notre plaquette des structures dédiées accessible sur le site du CRA.
https://www.cralimousin.com/documents-telechargeables/

Le CRA dispose d'une travailleuse sociale pour répondre à vos questions et vous accompagner si nécessaire dans vos démarches :
Tel : 05 55 08 70 45 (joignable entre 9h et 17h du lundi au vendredi).
jude.fajac@chu-limoges.fr

CENTRE RESSOURCES AUTISME LIMOUSIN (CRA)
Site du Cluzeau - 23 avenue Dominique Larrey – 87042 Limoges Cedex
Tel : 05 55 05 89 84
secretariat.cralimousin@chu-limoges.fr

CRA-DS-002 A

cra limousin Centre ressources autisme

Scan to discover !

CHU Centre hospitalier universitaire Limoges