

A4 - Représentant légal (pour les jeunes majeurs – le cas échéant)

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

Adresse de la personne ou organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : _____

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ CAF MSA Autre

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse de l'organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

A6 - Situation familiale du jeune adulte concerné ou de l'adulte ayant la charge de l'enfant

Vous êtes Célibataire Marié(e) En couple sans être marié(e)
 Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Pacsé(e)

depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Composition de la famille : |_|_|_|

Vous, Conjoint, Enfants et autres personnes vivant à votre domicile :

Nom de naissance et prénom	Date de naissance	Lien de parenté
_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____
_____	_ _ _ _ _ _ _ _	_____

A7 - Situation professionnelle du jeune adulte concerné ou de l'adulte ayant la charge de l'enfant

		Vous <input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père <input type="radio"/> jeune adulte	Votre conjoint
		<input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage	depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _
Profession :		_____	_____
Type de contrat :		_____	_____
Date de début du contrat :		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
Date de fin du contrat :		_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _
en milieu protégé ESAT		depuis le : _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _

	Vous <input type="radio"/> mère <input type="radio"/> père <input type="radio"/> jeune adulte	Votre conjoint
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle		
depuis le :	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Durée du stage :	_____	_____
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de votre employeur : ou organisme de formation	_____	_____
Adresse votre employeur : N° et Rue :	_____	_____
ou organisme de formation Complément d'adresse :	_____	_____
Code postale :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="radio"/> Non salarié(e) depuis le :	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
y compris exploitant agricole, prof. libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :	_____	_____
<input type="radio"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi		
depuis le :	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Indemnisé(e) depuis le :	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Retraité(e) depuis le :	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Recevez-vous l'Allocation		
Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Bénéficiaire d'une pension depuis le :	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez vous l'Allocation		
Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Autre depuis le :	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
(Parents au foyer, arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH...)		
Précisez :	_____	_____

A8 - Logement du jeune adulte concerné ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire
- Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
- Propriétaire ou accédant à la propriété
- Autres (hospitalisé, accueilli en établissement médico-social...) précisez

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

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

Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation.

Ce paragraphe « projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation.

Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...

Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :

Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment

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

Multiple horizontal lines for writing.

- Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins
Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagnée dans cette formulation :

Situation actuelle de l'enfant ou du jeune adulte concerné par la demande

La personne concernée est : en internat internat séquentiel demi-pensionnaire en externat à domicile

Depuis le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Modalités de garde

	Temps de prise en charge, précisez nombre (½ journée/semaine et nombre de nuits/semaine)	Coordonnées de l'établissement
Crèche		
Assistante maternelle		
Garde d'enfant à domicile		
Halte garderie		
Centre de loisirs		
Autres		

Scolarité, Formation et Soins

	Classe ou Parcours	Temps de prise en charge, précisez nombre (1/2 journée/semaine et nombre de nuits/semaine)	Coordonnées de l'établissement
Ecole, Collège, Lycée			
Enseignement supérieur			
Etablissement médico-social			
Service médico-social (SESSAD, SSEFIS...)			
Etablissement sanitaire (hôpital de jour...)			
Autres			

Autres types d'accompagnements

	Temps de prise en charge (nombre de séances/semaine)	Cordonnées du professionnel
Orthophoniste		
Ergothérapeute		
Psychomotricien		
Psychologue		
Kinésithérapeute		
Educateur spécialisé (Camps – Sessad)		
Pédopsychiatre		
Service hospitalier spécialisé		
Autres (à préciser)		

Autonomie

Votre enfant a-t-il besoin d'une aide directe plus importante pour les actes de la vie quotidienne qu'un jeune du même âge?

- Non
- Oui, précisez ce que l'enfant ne peut pas faire seul (par exemple s'habiller, faire sa toilette) et par qui il est aidé

Votre enfant a-t-il besoin d'une surveillance particulière?

- Non
- Oui, précisez laquelle, à quels moments, ce que cela induit dans votre vie quotidienne

C - Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

- Première demande
 Renouvellement
 Révision

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, ou à une recherche d'emploi ? Oui Non

Préciser le temps de travail : Mère : _____% Père : _____%

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 mois : _____ heures

Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou paramédicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires : ex, protections d'hygiène, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COÛTS			PÉRIODICITÉ Semaine, mois, année, occasionnelle
	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	
TOTAL				

D - Demandes relatives à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social

1.1. Scolarisation

Pour ces demandes, prendre contact avec l'enseignant référent dont les coordonnées peuvent vous être communiquées par le responsable de l'établissement scolaire.

- PPS – Projet personnalisé de scolarisation
- AVS – Auxiliaire de vie scolaire
- MPA – Matériel pédagogique adapté
- CLIS – Classes d'inclusion scolaire (primaire)
- ULIS – Unité localisée pour l'inclusion scolaire (collège)
- ULIS – Unité localisée pour l'inclusion scolaire (lycée ou lycée/pro)
- EGPA – Enseignements généraux pré-professionnels adaptés (SEGPA, EREA, LEA)
- Enseignement supérieur Autre

1.2. Prise en charge médico-sociale

Service médico-social (SESSAD, SESSAD PRO, SAFEP, SAAAIS, SSEFIS...)

Etablissement médico-social (IME, ITEP, IMPRO...) dans ce cas :

▶ Régime souhaité : en externat (avec demi-pension) en internat en accueil temporaire

▶ Temps d'accueil : temps plein temps partiel

Si vous avez une préférence pour un ou plusieurs établissement(s) ou un ou plusieurs service(s) médico-sociaux, précisez-le ci-dessous

Nom et adresse : _____

Nom et adresse : _____

Nom et adresse : _____

E - Demande de cartes

Carte d'invalidité (accordée si taux d'incapacité > ou égal à 80%)

Carte de priorité

Carte européenne de stationnement

F - Demande de prestation de compensation

Prestation de Compensation - PCH

Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C – Demande d'AEEH (Allocation d'Education d'Enfant Handicapé)

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

Aide humaine (hors AVS auxiliaire de vie scolaire)

Précisez : _____

Aide technique, matériel ou équipement (hors MPA : matériel pédagogique adapté)

Précisez : _____

Aménagement du logement / déménagement

Précisez : _____

Aménagement du véhicule / surcoût lié au transport

Précisez : _____

Charges spécifiques / exceptionnelles

Précisez : _____

Aide animalière

Précisez : _____

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Pour un bénéficiaire de l'Allocation Education à l'Enfant Handicapé (AEEH), l'affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse est faite automatiquement par la CAF.

La CAF ou la MSA contactera directement l'aidant familial pour effectuer cette demande d'affiliation.

ATTENTION si votre enfant a entre 16 et 20 ans, remplir éventuellement les rubriques « H », « I », « J ».

H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

- Allocation aux Adultes Handicapés – AAH Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

un revenu d'activité

du : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

un revenu issu d'une activité en ESAT

du : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| au : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH
- Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)
- Orientation / Reclassement : Formation
 Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)
 Milieu protégé (ESAT)

J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :

- Un accueil de jour – précisez : _____
- Un hébergement de nuit – précisez : _____
- Un hébergement permanent – précisez : _____
- Un accompagnement – précisez : _____
- Autres (accueil temporaire ...) – précisez : _____

Quelle orientation souhaitez-vous ?

- Un accueil de jour (CAJ, ...)
- Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)
- Un hébergement permanent (maison d'accueil spécial spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)
- Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale – SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé – SAMSAH ...)
- Autres (accueil temporaire ...)

Date d'entrée souhaitée : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et/ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention « priorité pour personne handicapée » ;
- la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ;
- les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ? Oui Non

 J'autorise l'équipe de la MDPH

- à recueillir toutes informations nécessaires au traitement de mes demandes auprès des professionnels extérieurs (bilans scolaires, sociaux, psychologiques et médicaux) Oui Non
- à transmettre, dans le cadre d'une orientation, toutes informations nécessaires à l'aboutissement de mon projet auprès d'organismes extérieurs Oui Non

Dans le respect des principes des règles déontologiques et du secret professionnel

Fait à : _____ Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature : du représentant légal la personne concernée majeure

Fait à : _____ Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature : du représentant légal la personne concernée majeure

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale – Article 441-1 du Code pénal – Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Espace réservé

MDPH