

	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 : _____

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

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