



L'association TSA Timéo notre Soutien son Autisme vous aide dans vos démarches administratives. Vous trouverez dans ce guide comment remplir le formulaire de première demande auprès de la MDPH. Suivez pas à pas les instructions.

Avant de commencer nous vous rappelons qu'il est primordial de garder une copie de ce formulaire remplie avant de le transmettre auprès de la MDPH. Vous pouvez l'envoyer par courrier dans ce cas nous vous conseillons de l'envoyer en Recommandé avec accusé de réception ou en lettre suivie et de conserver le papillon de réception. Vous pouvez aussi le déposer en mains propres, la MDPH vous délivrera un document d'accusé de réception d'une demande que vous conserverez précieusement.

Tant que votre dossier est en cours d'instruction et n'est pas encore passé auprès de la CDAPH (en commission) vous pouvez joindre des documents complémentaires (bilans, lettre d'adressage, factures, devis etc ...)

Attention, même si une ou plusieurs parties ne sont pas complétées par rapport à votre situation je vous conseille de laisser les pages lors de la transmission du dossier. Barrez les parties inutiles et/ou non remplies.

Nous espérons que ce petit guide vous aidera dans vos démarches...



 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 dépose progressivement sur le territoire national entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} mai 2018.
 À cette date, il se substitue définitivement au Formulaire Cerfa 15788*01.


 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

Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)

Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments

Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation

Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)

Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle

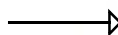
Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Vous devez cocher cette case car il s'agit de votre première demande auprès de la MDPH



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**

R 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**

R 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 : _____

Timéo notre Soutien

A

Votre identité

Renseignements obligatoires

La partie A du dossier MDPH consiste simplement à renseigner votre identité et celle de votre enfant.

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, précisez : _____

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

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

3/20 Nom : _____ Prénom : _____

Vous devez renseigner les informations concernant votre enfant uniquement

Je recommande de tout cocher

Il s'agit de vous et votre conjoint

Vous trouverez le numéro de SS de votre enfant sur votre espace Ameli. fr

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.

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

Type de mesure de protection (tutelle, curatelle, curatelle restreinte, habilitation familiale) :	Représentant légal 1	Représentant légal 2 (le cas échéant)
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 :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous | <input checked="" type="checkbox"/> Vous risquez rapidement de perdre votre travail |
| <input checked="" type="checkbox"/> Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir | <input type="checkbox"/> Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation |
| <input type="checkbox"/> Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement | Date d'entrée prévue : / / |

Expliquer la difficulté :

cf Projet de vie partie X

- 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 le ou les date(s) d'échéance :

Nom :

Prénom :

3/30

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.

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'actuation 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'hébergement)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

Il s'agit du formulaire CERFA de la MDPH à faire remplir par le médecin, pédopsychiatre.. etc

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.

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.

ATTENTION ! Ne pas cocher cette case. Le dossier ne sera pas traité plus vite ! il y a des cas précis pour cocher cette case. Dans le cas d'une première demande elle est inutile.

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 recontactera 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 l'emprisonnement. - (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 bases s'applique aux données liées 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 vos soins informatiquement et seront communiquées dans le respect des règles réglementaires en vigueur.

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

M.D.P.H. Formulaire de demande

MDPH

Accueil physique :

Accueil téléphonique :

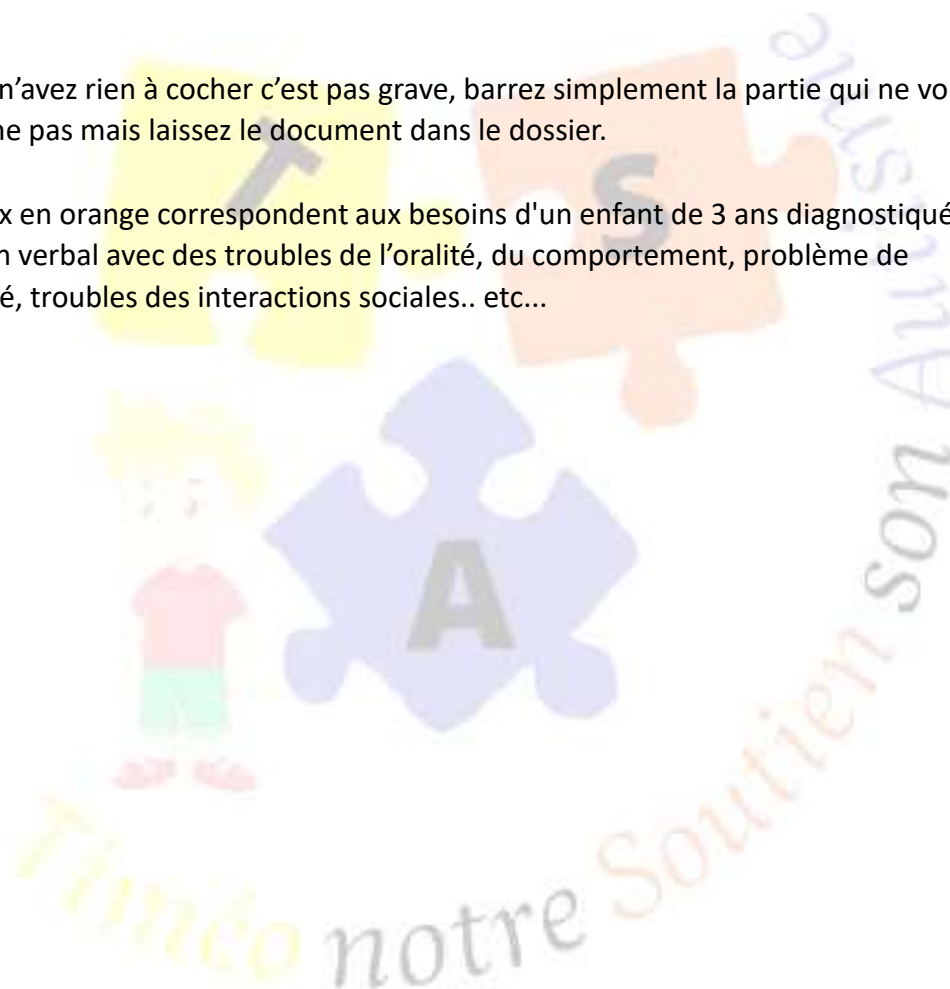
4/20 Nom : Prénom :

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.

La partie B est très importante et vous devrez être vigilant sur les cases que vous cochez. Vous devez à chaque fois répondre au regard de l'âge de votre enfant mais également de ses besoins. Ne cochez pas par rapport à vos besoins à vous. Cette partie vous permettra aussi d'argumenter dans le projet de vie certaines de vos demandes. Ne vous inquiétez pas si vous cochez des cases que vous ne comprenez pas.

Si vous n'avez rien à cocher c'est pas grave, barrez simplement la partie qui ne vous concerne pas mais laissez le document dans le dossier.

Les croix en orange correspondent aux besoins d'un enfant de 3 ans diagnostiqué TSA Non verbal avec des troubles de l'oralité, du comportement, problème de propreté, troubles des interactions sociales.. etc...



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, précisez : _____

Où vivez-vous ?

Vous avez un logement indépendant et vous êtes : propriétaire locataire

Dans un établissement médico-social ou de soins (préciser le nom, le type et le lieu) : _____

Autre situation, précisez : _____

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

Avez-vous déjà eu ? Un accident causé par un tiers Un accident du travail

Un autre accident, précisez : _____

Suite à cet accident y a-t-il une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti ? Oui Non

Si oui, auprès de quel organisme : _____

Aide financière et ressources

Vous recevez les aides, ressources et/ou prestations suivantes :

Allocation aux adultes handicapés (AAH) Revenu de solidarité active (RSA)

Allocation chômage versée par Pôle Emploi Allocation de solidarité spécifique (ASS)

Dans les 12 mois précédant votre demande, avez-vous perçu :

Un revenu d'activité Des indemnités journalières

Un revenu issu d'une activité en ESAT Du : / / Au : / /

Pension d'invalidité : 1^{re} catégorie 2^e catégorie 3^e catégorie depuis le : / /

Autres pensions de ce type : (pension des deux tiers, d'incapacité, etc...)

Majoration tierce personne Allocation supplémentaire d'invalidité

Rente d'accident ou maladie professionnelle Prestation complémentaire de recours à tierce personne

Retraite pour inaptitude dans la fonction publique ou retraite anticipée depuis le : / /

Taux d'FP (Incapacité Permanente Partielle) : _____ %

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 : _____ 5/10

Lieu d'habitation de votre enfant. La case «de vos parents» = chez vous.

Il s'agit des aides financières que votre enfants à perçues et non les vôtres. S'il a 18 ans par exemple peut-être perçoit-il un revenu. S'il est mineur alors vous pouvez barrer cette

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

<input type="checkbox"/> Aide technique, matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Aménagement de logement <input type="checkbox"/> Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur... <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Aménagement de véhicule	<input type="checkbox"/> Aides animales
<input type="checkbox"/> Aide à la personne (avec quelqu'un qui aide)	<input type="checkbox"/> Votre famille <input type="checkbox"/> Un accompagnement médico-social <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Professionnel de soins à domicile	

Si vous n'avez pas de besoins ici ne rien cocher. Barrez la case.

Il s'agit de votre situation professionnelle.

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? Oui Non

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : _____ heures par semaine.

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : _____ heures.

Si vous travaillez à temps partiel, veuillez préciser la quotité : _____ %.

Frais liés au handicap et restant à charge

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions
CF. PROJET DE VIE PARTIE N°				

Vous argumenterez les frais liés au handicap dans le projet de vie de votre enfant.

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	
<input type="checkbox"/> Pour régler les dépenses courantes (loyer, énergie, habillement, alimentation...)	<input type="checkbox"/> Pour faire les courses
<input type="checkbox"/> Pour gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives, assurances, impôts...)	<input type="checkbox"/> Pour préparer les repas
<input checked="" type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)	<input checked="" type="checkbox"/> Pour prendre les repas
<input checked="" type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...)	<input type="checkbox"/> Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements
<input type="checkbox"/> Autre besoin, précisez : _____	<input checked="" type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation...)

6/20

Nom : _____

Prénom : _____

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.

N'oubliez pas que vous devez cocher les cases en fonction de l'âge de votre enfant.

B Vie quotidienne Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée

Besoin pour se déplacer

<input type="checkbox"/> Pour se déplacer dans le domicile	<input type="checkbox"/> Pour utiliser un véhicule
<input checked="" type="checkbox"/> Pour sortir du domicile ou y entrer	<input checked="" type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun
<input checked="" type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur du domicile	<input checked="" type="checkbox"/> Pour partir en vacances

Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer ? Oui Non

Autre situation, précisez : _____

Besoin pour la vie sociale

<input checked="" type="checkbox"/> Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre	<input type="checkbox"/> Pour s'occuper de sa famille
<input checked="" type="checkbox"/> Pour avoir des activités sportives et des loisirs	<input checked="" type="checkbox"/> Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative...)
<input checked="" type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres	<input checked="" type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité

Autre besoin, précisez : _____

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

<input type="checkbox"/> Vivre à domicile	<input checked="" type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer	<input type="checkbox"/> Un accueil temporaire en établissement
<input type="checkbox"/> Vivre en établissement	<input checked="" type="checkbox"/> Du matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Une aide animale
<input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie	<input checked="" type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées au handicap	<input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne
<input checked="" type="checkbox"/> Une aide humaine : quelqu'un qui aide	<input checked="" type="checkbox"/> Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne	<input checked="" type="checkbox"/> Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D)

Autre attente, précisez : _____

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

Cochez oui si vous souhaitez une orientation en structure spécialisée (exemple : UEMA, IME ,etc) n'oubliez pas de noter le nom de l'établissement concerné.

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.

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 :

Pour remplir cette partie vous pouvez vous aider de notre modèle de **PROJET DE VIE**. Vous devrez ici expliquer votre quotidien, le handicap et les troubles de votre enfants, vous devrez exprimer vos besoins, vos demandes,

Cette partie est très importante et ne doit pas être négligée. Prenez le temps pour la rédiger.

! 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

9/20

Nom :

Prénom :

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.

ATTENTION! Ne renseigner cette partie que si votre enfant est déjà scolarisé. Dans ce cas n'oubliez pas de demander à l'établissement un GEVA-sco que vous joindrez au dossier. Si vous n'êtes pas concerné car votre enfant n'est pas encore scolarisé ne remplissez rien et barrez les pages mais joignez les au dossier quand même. Vous devrez toutefois cocher la case qui indique que votre enfant est ou non scolarisé.

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 :

1000

N'oubliez pas il s'agit de votre enfant et non vous. Ne remplissez que si votre enfant est en apprentissage ou étudiant par exemple

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.



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	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soirée/huit							

Vous pourrez argumenter et refaire ce tableau dans le projet de vie de votre enfant.

10/20 Nom : Prénom :

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.



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	
<input checked="" type="checkbox"/> Pour lire	<input checked="" type="checkbox"/> Pour écrire, prendre des notes
<input type="checkbox"/> Pour calculer	<input checked="" type="checkbox"/> Pour comprendre, suivre les consignes
<input checked="" type="checkbox"/> Pour organiser, contrôler son travail	<input checked="" type="checkbox"/> Pour l'utilisation du matériel
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	

Besoins pour communiquer	
<input checked="" type="checkbox"/> Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre	<input checked="" type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres
<input checked="" type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité	
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	

Besoins pour l'entretien personnel	
<input checked="" type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)	<input checked="" type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements)
<input checked="" type="checkbox"/> Pour les repas (manger, boire)	<input checked="" type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	

Besoins pour se déplacer	
<input checked="" type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'intérieur des locaux	<input checked="" type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur des locaux
<input checked="" type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun	
<input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	

Nom : _____

Prénom : _____

11/20

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.



Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

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

Autre, précisez : _____

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 : _____

Cf. Projet de vie Partie X

1225

Nom :

Prénom :

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.

Renseignez également ici le nom de l'établissement type : IME, UEMA, classe ULYS...etc

Vous pouvez écrire non scolarisé par exemple si votre enfant n'est pas encore scolarisé

Cette partie est abordée dans notre modèle de projet de vie

ATTENTION ! Cette partie ne concerne que la situation professionnelle de votre enfant et non la votre. Barrez les pages si vous n'êtes pas concerné et joignez les quand même au dossier cela évitera à la MPDH de vous relancer pour des papiers ou données manquantes...

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 (Etablissements et services d'aide par le travail - ESAT)

Vous type d'emploi :
 CDI CDD Interim Contrat aidé

Vous employeur :
Nom :
Adresse :

 Stagiaire de la formation professionnelle
Rémunéré : Oui Non
Préciser le nom de l'organisme :
 Travailleur indépendant. Régime :

Vous 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 :

13/20

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas même si vous n'avez rien renseigné.

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 Nom : _____ Prénom : _____

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.



Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel



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	Hôteesse 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), précisez 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...), précisez l'année et l'organisme :

Nom : Prénom : 15/00

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.



Votre projet professionnel

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

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

Text area for listing professional projects

Avez-vous besoin d'un soutien pour :

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

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

Text input for structure name

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

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

Large text area for additional professional information

Cf. Projet de vie partie X

Cette partie peu être argumentée dans votre projet de vie dont nous avons fait un modèle pour vous aider.

16/20

Nom :

Prénom :

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.

Ici vous devez cocher tout ce que vous demandez en termes d'aides auprès de la MDPH.
S' il s'agit d'un enfant mineur (- de 20 ans) seule la première partie vous concerne. Il vaut mieux tout cocher ! La CDAPH statuera sur les aides à vous attribuer.

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 est obligée d'évaluer 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 :

cf. Projet de vie Partie X

N'oubliez pas de cocher la case si vous souhaitez une orientation en IME / UEMA / ULYS / CAMPS ... etc

Nom :

Prénom :

17/20

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.



Expression des demandes de droits et prestations



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 réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)

Etablissement 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 Etablissement 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.

1923

Nom :

Prénom :

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.

Cette partie permet d'obtenir le statut d'aidant familial. Vous pouvez faire la demande pour les deux parents. Il suffira de remplir deux fois ce document. Attention pour les enfants de 2 ans et demi, 3 ou 4 ans, dans le cadre du TSA et selon votre département, la MDPH ne vous attribuera pas ce statut. Il faudra cependant perséverer et refaire la demande à chaque renouvellement.

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 : _____ Date de naissance : ____/____/____
Prénom de l'aidant : _____
Adresse de l'aidant : _____

Nom de la personne aidée : _____ **Nom + Prénom de l'enfant**

Votre lien avec la personne en situation de handicap : _____
Vivez-vous avec la personne en situation de handicap : Non Oui, depuis le ____/____/____
Êtes-vous actuellement en emploi : Oui Non Réduction d'activité liée à la prise en charge de la personne aidée

Nature de l'aide apportée :

<input checked="" type="checkbox"/> Surveillance / présence responsable	<input checked="" type="checkbox"/> Coordination des intervenants professionnels
<input checked="" type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'intérieur du logement	<input checked="" type="checkbox"/> Gestion administrative et juridique
<input checked="" type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'extérieur	<input checked="" type="checkbox"/> Gestion financière
<input checked="" type="checkbox"/> Aide pour entretenir le logement et le linge	<input checked="" type="checkbox"/> Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> Aide à l'hygiène corporelle	<input checked="" type="checkbox"/> Aide à la communication et aux relations sociales
<input checked="" type="checkbox"/> Aide à la préparation des repas	<input checked="" type="checkbox"/> Aide au suivi médical
<input checked="" type="checkbox"/> Aide à la prise de repas	

Autre, précisez : _____ **Cf Projet de vie**

Oui 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, précisez : _____

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ? Oui, laquelle : _____
 Non

Nom : _____ Prénom : _____ 19/20

Cochez ici si vous êtes avec le papa par exemple.

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.

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 :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Éloignement géographique (déménagement...) | <input type="checkbox"/> Problème de santé |
| <input type="checkbox"/> Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...) | <input type="checkbox"/> Changement majeur dans la situation professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...) | <input type="checkbox"/> Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épousement, avancée en âge...) |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | |

F2**Vos attentes en tant qu'aidant familial**

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

0020

Nom : _____

Prénom : _____

ATTENTION ! N'oubliez pas de renseigner le Nom et Prénom de votre enfant sur chaque page du dossier en bas.