



Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

cerfa
N° 13788*01

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : _____
Nom d'épouse ou nom d'usage : _____
Prénom(s) : _____
Sexe : Masculin Féminin
Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre
Date de naissance : _____
Lieu de naissance : Code postal : _____
Commune : _____
Pays : _____
Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____
N° de sécurité sociale de la personne concernée : _____
N° de sécurité sociale de l'assuré(e) (si différent) : _____
Nom et adresse de l'organisme de sécurité sociale : _____
Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :
Le n° : _____ Dans quel département? _____

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : _____ Rue : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone : _____ Fax : _____
Adresse électronique : _____
Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

Tampon dateur de la MDPH

	Vous	Votre conjoint(e) <small>(à remplir pour une demande d'AAH, de PCH et d'AEEH)</small>
<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 de votre employeur : N° et Rue :	_____	_____
ou organisme de formation Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
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"/> Congé parental d'éducation		
depuis le :	_____	_____
<input type="radio"/> Congés de présence parentale		
depuis le :	_____	_____
<input type="radio"/> Arrêt maladie		
depuis le :	_____	_____
<input type="radio"/> Bénéficiaire du RSA		
depuis le :	_____	_____

A8 - Autre situation de la personne concernée

Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social

Vous êtes hospitalisé(e)

Autres cas, précisez : _____

Nom de l'établissement : _____

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

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

A9 - Logement de la personne concernée 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, précisez : _____

Si vous êtes locataire ou hébergé chez un particulier, précisez le nom du propriétaire du logement (ou bailleur) : _____

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

Situation actuelle de la personne concernée par la demande

Nom de l'établissement fréquenté : _____

Adresse complète : _____

Classe fréquentée : _____

Nom de l'enseignant référent
(ou référent handicap)¹ : _____

Identification des demandes

1.1. Scolarisation

CLIS - Classes d'Intégration Scolaire

Aménagement d'examen ou concours.

Indiquez pour quel examen ou quel concours :

UPI - Unité Pédagogique d'Intégration

AVS - Auxiliaire de vie scolaire (hors étudiant en université²)

Aménagement de scolarité (dispense de 2^{ème} langue vivante...).

Précisez : _____

Matériel pédagogique adapté (hors étudiant en université²)

Transport scolaire (hors transport vers un établissement ou service médico-social)

Précisez le mode de transport utilisé :

1.2. Prise en charge médico-sociale

Service médico-social (SESSAD, SESSD, SAFEP, SAAAI, SSEFIS...)

Établissement médico-social (IME, ITEP, IEM, IES...)

Régime souhaité : en externat en internat en accueil temporaire

Si vous formulez une demande de maintien en établissement pour enfants pour un jeune de plus de 20 ans (ex-Amendement CRETON), merci de cocher la case suivante :

Si vous avez une préférence pour un établissement ou un service médico-social, précisez-le ci-dessous :

Nom : _____

Nom : _____

Nom : _____

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

¹ Pour obtenir le nom de votre enseignant référent vous pouvez vous adresser à l'établissement scolaire fréquenté, ou à la cellule handicap de votre université pour le référent handicap.

² Les étudiants en université qui souhaitent présenter une demande d'aide humaine pédagogique ou de matériel pédagogique adapté, doivent s'adresser à la mission handicap de l'université.

E - Demande de cartes

- Carte d'invalidité ou 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'AAEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)

- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ? Oui Non

Bénéficiez-vous de la Majoration Tierce Personne – MTP ? Oui Non

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

- Aide humaine

Précisez (intervenant, service, type d'intervention...): _____

Forfait 50 heures d'aide humaine pour personne déficiente visuelle

Forfait 30 heures d'aide humaine pour personne déficiente auditive

- Aide technique, matériel ou équipement

Précisez : _____

- Aménagement du logement / Déménagement

Précisez : _____

- Aménagement du véhicule / surcoût du transport

Précisez la nature des aménagements ou le motif du déplacement : _____

Votre permis de conduire a-t-il été adapté (préfecture) ? Oui Non

- Charges spécifiques / exceptionnelles

Précisez : _____

- Aide animalière

Précisez : _____

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

Nom et prénom de la personne à affilier: _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

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

Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Lien de parenté : _____

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

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

L - Pièces à joindre à votre demande

Voir le document « Pièces justificatives » ci-joint

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

Signature : de la personne concernée de son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexacts 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
P 1110601 G
DMDPH