

Guide pratique des usagers : le dossier MDPH



Travail



Orientations



Prestations



Contacts



Scolarisation



MDPH

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.



La Partie Administrative

DEMANDE À LA MDPH
 Article R 146-36 du code de l'action sociale et des familles
 La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.
 Elle aide votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.
 Ce formulaire se délivre progressivement sur le territoire national entre le 1^{er} septembre 2017 et le 31^{er} mai 2019.
 À cette date, il est substitué définitivement au formulaire Cerfa 15692*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	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)

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

Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé

Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins

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

Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire

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)
 Article R146-26 et D245-25 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 contre-indications, médicamenteuses ou paramédicales, appareillage) a-t-elle été modifiée ? Oui Non

* « Caretenir un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'énergie ou restriction de participation à la vie en société résulte 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. 146 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 _____ Date: _____
 certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ou Mme _____ Signature: _____
 depuis mon précédent certificat.

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.

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

ccrfa N°15632*01

DEMANDE À LA MDPH

Article R146-26 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 2019.
À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13768*01.

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

À qui s'adresse ce formulaire ?

Le 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) |

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
 - Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé
 - Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins
- Remplissez ce 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**
- Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire**
- Votre aidant familial peut remplir la partie F**

Pensez à cocher.

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : N° de dossier :

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

A Votre identité

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

Sexe : Homme Femme

Nom de naissance : Nom d'épouse/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) : Commune : Pays :

Code postal : Adresse e-mail :

Téléphone :

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, indiquez 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

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 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 renforcée, 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 :

Vous n'arriverez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous Vous risquez rapidement de perdre votre travail

Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation

Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement 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.

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).

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 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

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, ce qui vous permettra si nécessaire, Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.

* Quelque que soit le résultat de la loi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales prévues par l'article 441-1 du Code pénal (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** Mois

MDPH

Accueil physique :

Accueil téléphonique :

M.D.P.H.
Formulaire de demande

N'oubliez pas de signer et dater.

Pour une demande et un traitement urgent ou rapide.

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 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, précisez :

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

Pension d'invalidité : 1^{re} catégorie 2^e catégorie 3^e catégorie depuis le : / /
Autres pensions de ce type : (pension de 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 incapacité 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).

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

B Votre vie quotidienne Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée

Aide technique, matériel ou équipement Aménagement de logement Aménagement de véhicule Aides animales

Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur...
 Autres :

Aide à la personne (avec ou sans aide) Votre famille Professionnel de soins à domicile Un accompagnement médico-social Autres :

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

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 votre établissement 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...)
 Autre besoin, précisez :

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 ...)

6/20

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.

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

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). 7

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

Autre, préciser :

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

.....

Depuis le : / /

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/nuît							

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 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 apparaître :
 - ✓ 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 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 emploi : Temps complet Temps partiel

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 :

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 : / /

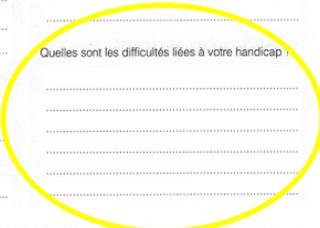
Arrêt maladie avec indemnités journalières Arrêt suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle
 Arrêt maladie sans indemnités journalières Congé maternité / congé d'adoption / autres

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 tâches, 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, précisez :

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

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

- Cours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social. Préciser éventuellement votre demande :

.....

.....

.....

.....

Nom :

Prénom :

17/23

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 réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UERSO)
 - 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. Peut 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 CDAFH, 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.

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.

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 réalisées 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 handicapée.
- ↗ 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 1^{er} 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 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 :

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

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 :

<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...)

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

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 médical est à faire établir par un médecin, il est obligatoire et à joindre conjointement au formulaire de demande de la MDPH.

Pour information :

1. Pensez à prendre un rendez vous dédié au certificat et à en avvertir 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)

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

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?

- Chaîne YouTube de la MDPH87 :
 - ✓ <https://www.youtube.com/watch?v=se1o0RWsCzs>
 - ✓ <https://www.youtube.com/channel/UC94htVfQnbJzpMoSb80iPrA>
- Chaîne 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

