



# GUIDE PEDAGOGIQUE du nouveau formulaire MDPH

Son quotidien

Sa famille

Son environnement

Sa scolarité

Son logement

Sa Vie professionnelle

Sa Vie sociale

Son transport

Sa Communication

Sa Santé

Ses loisirs

Sa Vie affective

DECRIRE  
PAS  
PRESCRIRE

ANNEXE

cerfa 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 déplitera progressivement sur le territoire national entre le 1<sup>er</sup> septembre 2017 et le 1<sup>er</sup> mai 2019.  
 À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13760\*01.



## Nature de la demande

**Les volets thématiques sont tous construits de la même manière. Précisions sur les besoins ressentis ; précisions sur les attentes et sur le projet de vie : quotidien, scolaire, professionnel.**

**Chaque volet invite à une description plus fine et devrait éviter d'avoir à demander des documents justificatifs complémentaires.**

### 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

**Plusieurs cases peuvent être cochées**

### Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : ..... N° de dossier : .....



## 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'arrivez 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 :

.....  
 .....

**L'aidant à la démarche n'est contacté que si l'utilisateur a autorisé**

Le partenaire qui s'engage à être un relais entre la personne et la MDPH doit prévoir une continuité de service au sein de sa structure pour pallier à ses absences prévisibles ou non.

Les mesures de protection citées ne concernent que les majeurs.

Pour les mineurs la réponse figure en page 2

Je vous informe que cocher une case permet d'alerter la MDPH, mais c'est elle qui peut prioriser certains dossiers selon certains critères,

La question concerne directement le bénéficiaire du dossier.

Cependant pour un enfant, la situation de ses parents (précarité, protection juridique ...) peut apparaître dans la zone "expliquer la difficulté"



- 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 du représentant légal ; pour les personnes hébergées par un tiers : 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 :

**L'absence d'une de ces pièces entraînera le rejet administratif du dossier : Le Certificat médical doit être complété, daté, signé et tamponné par le médecin**

**La signature d'au moins l'un des deux détenteurs de l'autorité parentale suffit au traitement du dossier**

**Seule la coche de cette case « J'accepte » permet un échange avec les professionnels qui accompagne le bénéficiaire de la demande**

**La procédure simplifiée ne réduit pas les délais de traitement d'un dossier. Elle ne permet pas la présence de l'utilisateur à la Commission**

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.

OU

**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, 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 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**

M.D.P.H.  
Formulaire de demande

MDPH

Accueil physique :

Accueil téléphonique :



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<sup>re</sup> catégorie  2<sup>e</sup> catégorie  3<sup>e</sup> catégorie depuis le : ..... / ..... / .....

Autres pensions de ce type : (pension des veuves, 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'ITPP (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 : ..... Prénoms : ..... 5/20

**Il est fortement recommandé d'informer des attentes et des besoins de la personne en situation de handicap.**

**Je vérifie que j'ai bien complété cette partie :**

- Je l'ai remplie en cas de changement de situation même si ce n'est pas ma première demande
- J'ai bien décrit ma situation, mes attentes et mes projets en page 8
- Si j'ai rédigé cette partie sur une feuille à part, je la joins au formulaire

**Pour un dossier « Enfant »**

- J'ai décrit les attentes et les besoins de mon enfant (pas ceux des parents : cf : Volet F)

**La reconnaissance de l'accident du travail peut permettre à la personne d'être déjà bénéficiaire de l'OETH (Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés) sans attendre la RQTH.**

**Si vous êtes bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : fournir la notification**

## 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"/> Aménagement de véhicule	<input type="checkbox"/> Aides animalières
	<input type="checkbox"/> Aides techniques (préciser) : ..... ex : barre d'appui, déambulateur...		
	<input type="checkbox"/> Autres : .....		
<input type="checkbox"/> Aide à la personne (avec quelqu'un qui aide)	<input type="checkbox"/> Votre famille		<input type="checkbox"/> Professionnel de soins à domicile
	<input type="checkbox"/> Un accompagnement médico-social		
	<input type="checkbox"/> 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 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 type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)	<input type="checkbox"/> Pour prendre les repas
<input 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, préciser : .....	<input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

**Indiquez ici les aides dont vous bénéficiez actuellement : quelles aides pour quels besoins**

**Il s'agit de bien indiquer que la renonciation partielle ou totale est en lien avec le handicap de l'enfant**

**Joindre les justificatifs liés à la situation de la personne (devis, factures) en relation avec ses besoins. S'il y a un manque de place pour décrire la situation se rapporter à la page 8 voir sur papier libre**







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, précisez : .....

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, précisez : .....

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 : ..... / ..... / .....

## Précisions sur la scolarisation de l'enfant concerné par la demande

Cette partie est à remplir uniquement pour les enfants en situation de handicap qui sont ou vont être scolarisés

- Pour l'aménagement de la scolarité le GEVASCO (guide d'évaluation pour l'aménagement de la Scolarisation) est à fournir **OBLIGATOIREMENT**.
- **Pour tout renseignement sur les procédures à suivre pour l'aménagement de la scolarité , il est pertinent de contacter l'enseignant référent de la scolarité de l'élève handicapé (ERSEH) dont les coordonnées peuvent être demandées au chef d'établissement où l'enfant est scolarisé.**
- Pour le passage des examens et le bénéfice d'un tiers temps, la MDPH a délégué cette mission à l'Inspection Académique. Il convient donc de prendre contact avec l'Education Nationale et plus particulièrement avec le médecin scolaire de l'établissement de votre demande. C'est lors d'une visite médicale, ou sur dossier, que le médecin accordera ou pas le tiers temps pour le passage des épreuves.
- Pour information, et afin de poursuivre ensuite des études à l'université, il faut se mettre en rapport avec la mission handicap quand elle existe de l'établissement scolaire, ou avec le service de médecin préventive de l'université.

Vous pouvez les joindre ci-dessous :

Conseillers Techniques auprès de l'IA – DASEN  
 Promotion de la santé en faveur des élèves – service médical  
 Secrétariat 01.64.41.27.56 ou 01 64 41 27 96  
 Adresse mail : [ce.77med@ac-creteil.fr](mailto:ce.77med@ac-creteil.fr)

# C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Etablissement(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/nuit							

**Tableau précisant l'emploi du temps de l'enfant sur le plan scolaire, sur le plan médical, médico-social**



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

## Besoins pour communiquer

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre | <input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres |
| <input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité                       |   |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : .....                        |   |

## Besoins pour l'entretien personnel

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes) | <input type="checkbox"/> Pour s'habiller<br>(mettre et ôter des vêtements) |
| <input type="checkbox"/> Pour les repas (manger, boire)                  | <input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé                     |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : .....                         |  |

## Besoins pour se déplacer

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'intérieur des locaux | <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur des locaux |
| <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun    |  |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : .....                   |  |



C3 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
- Autre, préciser : .....
- 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

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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Comme vu précédemment, les autres besoins peuvent être exprimés dans la rubrique « *autre* », (maintien en grande section maternelle, transport etc...). L'équipe pluridisciplinaire proposera un plan global. Pour rappel il ne s'agit pas de faire des demandes (sauf en cas de renouvellement des demandes), mais d'exprimer des besoins et des attentes.

**Pour toute demande il faut fournir obligatoirement le GEVASCO.**

Libre expression de l'étudiant ou des parents



## 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

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 : .....

Votre emploi : .....  
 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 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 ..... / ..... / .....

Permet à l'utilisateur de préciser la situation par rapport à l'emploi, le parcours professionnel, la qualification, les besoins, les attentes, le projet professionnel

Dans le cas d'un renouvellement de demande d'orientation en ESAT, le bilan de situation est indispensable. Pour la Seine et Marne, joindre le Recueil d'Éléments d'Évaluation Professionnelle et Sociale (REEPS),

Dans ces cas, il est important de fournir les justificatifs

## 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 :

.....  
.....  
.....  
.....

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 (FIFHP)

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

← Expression des difficultés liées à l'accès à l'emploi

← Si possible, il est important de fournir les documents indiquant les actions d'accompagnement menées par les structures

← Si vous êtes accompagné par la Mission Locale, Cap Emploi ou Pôle Emploi, il est nécessaire de vous rapprocher de votre conseiller pour apporter les précisions sur la nature des aides demandées.

## D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel

### D2 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	Hôtesse 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), préciser 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...), préciser l'année et l'organisme :

.....  
 .....

Nom :

Prénom :

15/20

**Il n'est pas nécessaire de fournir la Fiche Parcours Professionnel, si cette rubrique est complétée.**







## 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)

**Une demande générique est une demande de compensation dans laquelle l'utilisateur a exprimé uniquement ses difficultés et ses besoins ressentis. Avec ce nouveau formulaire, l'équipe pluridisciplinaire propose l'ouverture de toutes les mesures de compensation qu'elle évalue utile pour répondre aux besoins du demandeur.**

**Le demandeur peut effectuer un recours s'il n'est pas d'accord avec les décisions prises par la Commission.**

**Pour les enfants, la CAF verse le droit à la prestation, sur la base de la notification. Il n'est pas nécessaire d'avoir un accord de la CDAPH, contrairement aux adultes.**

### 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

Nom :

Prénom :

17/20

## 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 (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. Peut être bénéficiaires de ce dispositif les travailleurs handicapés :*

- ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
- accueillies 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 élargir 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 titulaires 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.

## 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	
<input type="checkbox"/> 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

## L'aidant familial

Les parents doivent préciser la réduction de leur temps de travail en lien avec la situation de l'handicap de leur enfant (Complément à l'AAEH)

**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 :

.....

## OU RETIRER LE DOSSIER DE DEMANDE

Le formulaire de demande et le certificat médical sont disponibles :

- **Sur le site de la MDPH77 :**

<http://www.mdph77.fr/telecharger-un-dossier>

- **Auprès du point d'accueil dont vous relevez** en consultant la page d'accueil du site internet de la MDPH : <http://www.mdph77.fr/actualites/points-d-accueil-pour-retirer-un-dossier-mdph77>



## QUI PEUT M'INFORMER

Le point d'accueil dont vous relevez en consultant la page d'accueil du site internet de la MDPH : <http://www.mdph77.fr/actualites/points-d-accueil-pour-retirer-un-dossier-mdph77>

L'accueil téléphonique au 01 64 19 11 40 aux horaires d'ouverture de la MDPH

Sur demande de Rendez-vous auprès d'une Conseillère d'accompagnement en appelant ou en remplissant le formulaire en ligne de demande de RV : <http://www.mdph77.fr/formulaires-de-contact>

# COMMENT TRANSMETTRE LE DOSSIER

- Par voie postale : MDPH 77 – 16 rue de l'Aluminium 77543 SAVIGNY LE TEMPLE
- En le déposant à la MDPH 77 à la même adresse
- En le téléchargeant via notre formulaire en ligne  
<http://www.mdp77.fr/formulaires-de-contact> au formulaire concerné  
[Déposer un dossier MDPH](#)

Adresse et horaires d'accueil consultable en vous connectant sur la page d'accueil du site internet de la MDPH : <http://www.mdp77.fr/root>

## INFORMATIONS UTILES



- **Faire une copie du dossier**
- **Un accusé de réception** de la demande est envoyé dans un délai d'un à deux mois
- **Nous n'avons pas de délai à vous indiquer concernant le traitement du dossier** (cela dépend des demandes formulées et des éléments fournis à celui-ci)
- **Il est possible de se renseigner sur son dossier, de le compléter, de poser une question via le formulaire en ligne** <http://www.mdph77.fr/formulaires-de-contact>