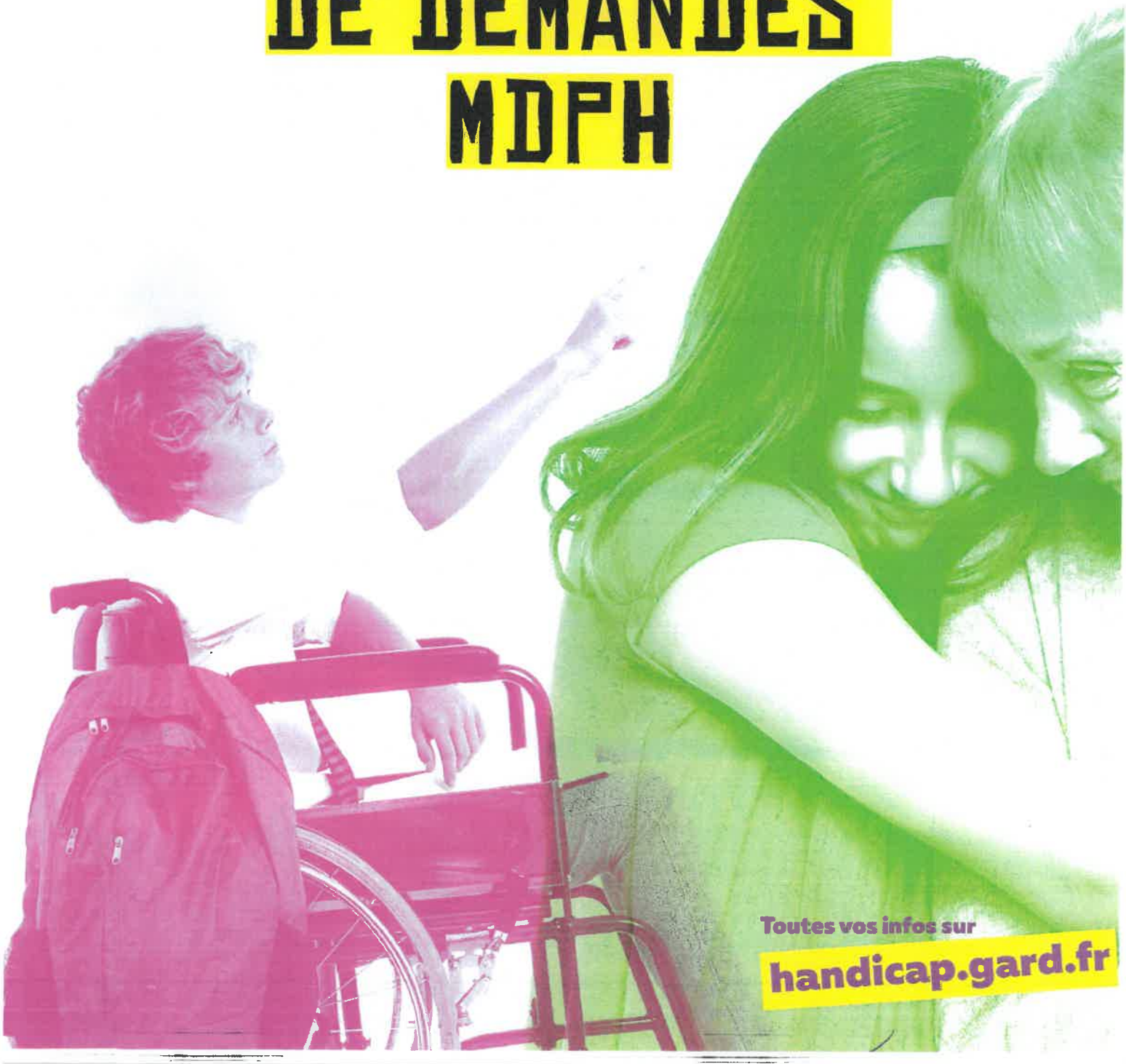
le GARD
développe les solidarités

LE GARD DÉPARTEMENT
MDPH
Maison Départementale des Personnes Handicapées
www.handicap.gard.fr

LE GARD DÉPARTEMENT
www.gard.fr

DOSSIER DE DEMANDES MDPH



Toutes vos infos sur
handicap.gard.fr

LE CIRCUIT DE MON DOSSIER À LA MDPH

1. ENREGISTREMENT

1 à 2 semaines

Je dépose mon dossier avec toutes les pièces obligatoires.

Mon dossier est complet. Toutes les pièces obligatoires sont présentes.

Je reçois un accusé de réception.

2. ÉTUDE DU DOSSIER

1 à 3 mois

L'évaluation de mon dossier est en cours.

Ma situation nécessite une évaluation approfondie :

Je dois envoyer des éléments complémentaires.

et/ou

Je suis invité(e) à me présenter à la MDPH, ou je suis contacté(e) par téléphone.

et/ou

Un évaluateur se rend à mon domicile.

et/ou

Une expertise complémentaire est réalisée par le médecin de la MDPH.

3. DÉCISION

2 semaines

Mon dossier est examiné en Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Je reçois ma notification par courrier.

4. MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCISION

Je peux contester la décision en utilisant les voies de recours mentionnées au dos de ma notification.

Ma notification est aussi adressée aux organismes compétents (CAF, MSA, inspection académique, établissements médico-sociaux...).

5. RENOUVELLEMENT DE MA DEMANDE

Je dois renouveler ma demande **6 mois avant la fin de la décision** ou à tout moment si ma situation évolue.

On me renvoie mon dossier avec la liste des pièces manquantes.

Mon dossier est incomplet. Il manque des pièces obligatoires.

LISTE DES PIÈCES À JOINDRE LORS DU DÉPÔT DU DOSSIER DE DEMANDE

*Formulaire de demande auprès de la MDPH (cerfa n° 13788*01)*

Pièces obligatoires pour toutes les demandes (adultes et enfants)

Justificatif d'identité

- ☐ Photocopie de la carte d'identité recto et verso **ou** passeport en cours de validité.
- ☐ Pour un enfant : carte d'identité de l'enfant ou extrait d'acte de naissance **ou** livret de famille **ET** carte d'identité des responsables légaux de l'enfant.
- ☐ Pour les étrangers ressortissants de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen : photocopie de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité.
- ☐ Pour les étrangers non-ressortissants de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen : photocopie du titre de séjour en cours de validité.

Justificatif de domicile

- ☐ Facture téléphone **ou** électricité **ou** gaz **ou** eau **ou** quittance de loyer datant de moins de 3 mois.
- ☐ Pour les personnes hébergées : attestation sur l'honneur d'hébergement signée par le tiers hébergeant **ET** justificatif de domicile de l'hébergeant datant de moins de 3 mois.
- ☐ Pour les personnes sans domicile stable : attestation d'élection de domicile datant de moins de 3 mois établie et signée soit par un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit par un organisme agréé à cet effet, conformément aux dispositions prévues par la loi DALO du 5 mars 2007.

Certificat médical sous enveloppe portant la mention « secret médical »

- ☐ Certificat médical obligatoire et dûment complété et figurant dans le dossier de demande (cerfa n° 13878*01) datant de moins de 6 mois (avec signature et cachet du médecin).
  + tout autre compte rendu médical (non obligatoire).

+

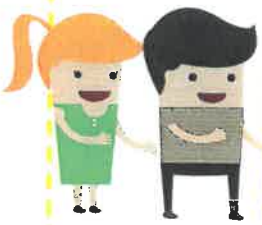
Demandes concernant les enfants

- ☐ **Pour les demandes d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) et compléments d'AEEH :** joindre le/les justificatifs correspondant aux frais (devis, facture...).
- ☐ **Pour toute demande relative à la scolarité** (orientation, aide humaine à la scolarité / ex AVS, matériel pédagogique...) : joindre le document d'évaluation GEVASCO fourni et rempli par l'équipe enseignante. Indiquer le nom de l'établissement scolaire actuellement fréquenté par l'enfant **ET** le nom de l'enseignant référent (si connu).

(en complément des pièces obligatoires)

OU

Demandes concernant les adultes



- ☐ **Pour les demandes d'Allocation Adulte Handicapé (AAH), de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) et d'orientation vers un établissement ou service médico-social :** joindre la fiche de parcours professionnel dûment complétée fournie avec le dossier de demande.
- ☐ **Pour les demandes d'orientation professionnelle en milieu protégé (ESAT) :** joindre le(s) rapport(s) ou bilan(s) si stages effectués.
- ☐ **Pour les personnes bénéficiant d'une mesure de protection :** joindre la photocopie du dernier jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice.
- ☐ **Pour les personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité :** joindre l'attestation (1re, 2e ou 3e catégorie).
- ☐ **Pour les personnes hébergées en établissement médico-social ou en famille d'accueil :** joindre le bilan de prise en charge en établissement **ET** l'attestation de présence de moins de 3 mois.

(en complément des pièces obligatoires)

Demandes de Prestation de Compensation du Handicap

- ☐ **Pour les demandes de Prestation de Compensation du Handicap (PCH) :**
  > joindre l'avis d'imposition complet des revenus de l'année civile précédant celle du dépôt de la demande, établi au nom du demandeur ou de son représentant légal, et le cas échéant celui de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.
  > joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du demandeur ou de son représentant légal.

(en complément des pièces obligatoires)

DOSSIER DE DEMANDES MDPH

Comment nous contacter ?

Maison Départementale des Personnes Handicapées
Parc Georges Besse
115-116 Allée Norbert Wiener - Arche Botti 1
30000 Nîmes

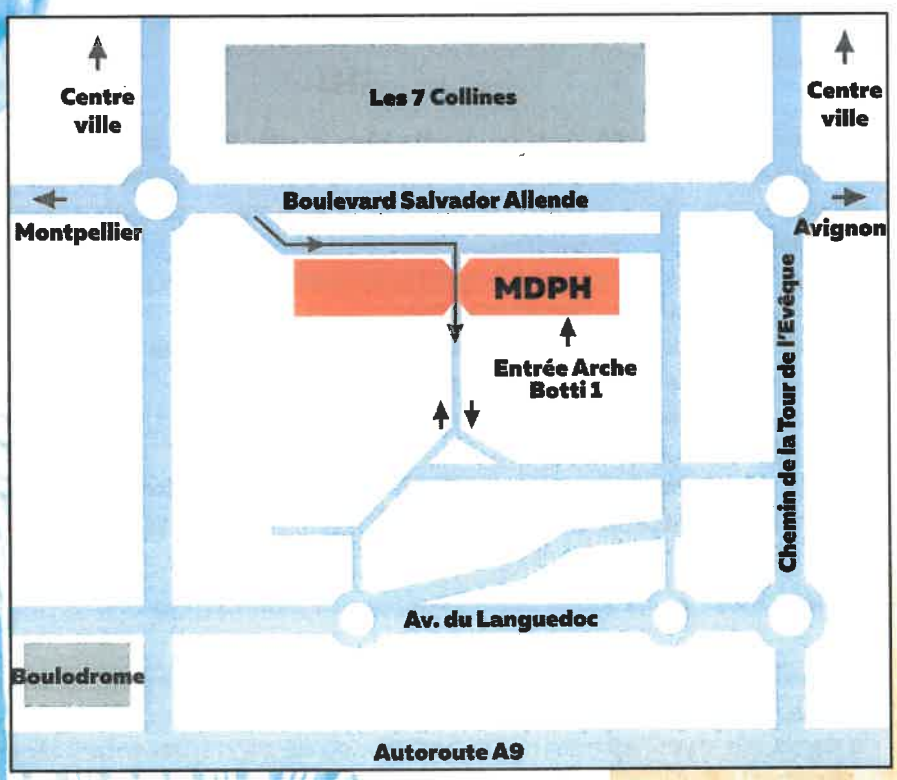
N° Vert : **0 800 20 55 88** (gratuit depuis fixe et portable)
Tél. : **04 66 02 78 00** / Fax : **04 66 02 78 20**
Courriel : **mdph@gard.fr**
www.handicap.gard.fr

Horaires d'ouverture au public

Lundi : 13h30 à 17h00
Mardi, mercredi, jeudi : 8h30 à 12h00 / 13h30 à 17h00
Vendredi : 8h30 à 12h
Fermeture au public le lundi matin et le vendredi après-midi
En période estivale, veuillez contacter nos services pour connaître les horaires.

Comment venir ?

En bus / trambus : lignes 6 *(arrêt Mas Carbonnel)*, 7 *(arrêt Georges Besse)*, 76 *(arrêt Pierre Gamel)*, Trambus ligne T1.



LE GARD DÉPARTEMENT MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées www.handicap.gard.fr

LE GARD DÉPARTEMENT www.gard.fr

Le GARD développe les solidarités

LE GARD DÉPARTEMENT MDPH handicap.gard.fr

LE GARD DÉPARTEMENT www.gard.fr

cerfa N° 51299*01

NOTICE EXPLICATIVE

du formulaire de demande(s) auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Présentation du formulaire de demande(s)

Ce document, utilisable pour exprimer un grand nombre de demandes précises, vous permet de formuler vos attentes et vos besoins en lien avec votre situation de handicap ou celle de votre enfant :

- pour une **première demande,**
- pour un **réexamen** si la situation a évolué,
- pour un **renouvellement**, de préférence 6 mois avant la date d'échéance afin d'éviter une rupture de droit.

Les sigles utilisés dans ce formulaire sont développés dans le glossaire figurant au dos de cette notice. Par ailleurs, n'hésitez pas, pour compléter ce formulaire, à faire appel aux services de votre MDPH qui seront en mesure de vous informer sur les différentes prestations.

Pour remplir ce formulaire, merci d'écrire en LETTRES MAJUSCULES et de cocher les cases nécessaires.

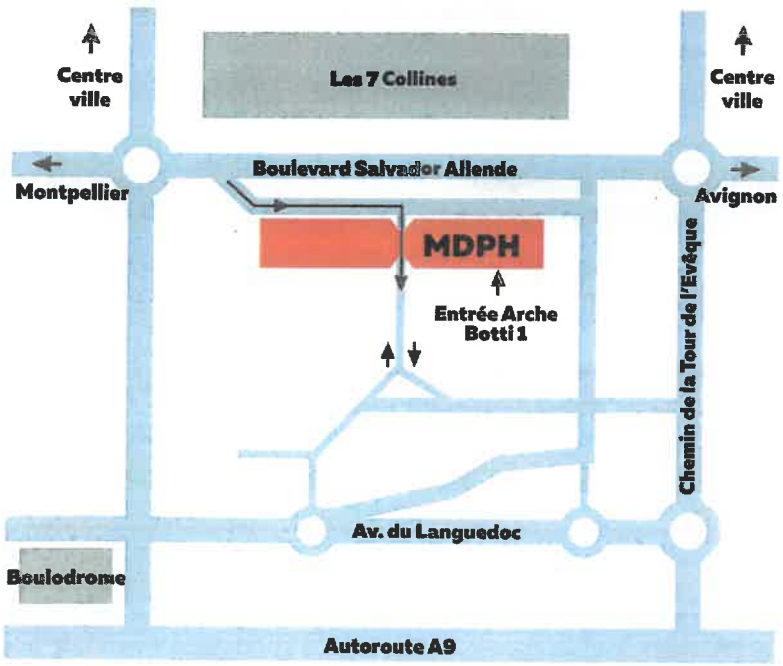
Veillez à bien indiquer en haut de chaque page les nom et prénom de la personne concernée.

Un dossier bien rempli et complet facilitera le traitement de votre demande.

Ce formulaire, accompagné des pièces justificatives est à retourner rempli à l'adresse suivante :

Maison Départementale des Personnes Handicapées
Parc Georges Besse
115-116 Allée Norbert Wiener - Arche Botti 1
30000 Nîmes

Plan d'accès



Contact

N° Vert : **0 800 20 55 88** (gratuit depuis fixe et portable)
Tél. : **04 66 02 78 00** / Fax : **04 66 02 78 20**
Courriel : **mdph@gard.fr**
www.handicap.gard.fr

Horaires

Lundi : 13h30 à 17h00
Mardi, mercredi, jeudi : 8h30 à 12h00 / 13h30 à 17h00
Vendredi : 8h30 à 12h
Fermeture au public le lundi matin et le vendredi après-midi
En période estivale, veuillez contacter nos services pour connaître les horaires.

Explications utiles pour remplir les rubriques A à A9

Les rubriques A à A4 sont obligatoires.
Si vous faites uniquement une demande de cartes, vous n'avez pas besoin de remplir les rubriques de A5 à A9.

Rubrique A2 : « Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande »

Correspond au lieu de vie habituel de la personne (domicile ou établissement).

Rubrique A4 : « Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant) »

Le représentant légal (tuteur et curateur) pour les adultes sous protection juridique est désigné par le juge des tutelles.

Rubrique A5 : « Identification de l'organisme payeur de prestations familiales »

Cette information permet d'identifier l'organisme qui versera l'AAH ou l'AEEH.

Rubrique A6 : « Situation familiale de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande »

« Conjoint » dans la formule « Si vous êtes en couple, précisez l'identité du conjoint», désigne la personne avec qui vous êtes marié ou non marié (pacs, concubinage, vie maritale).

Rubrique A7 : « Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant »

Si vous êtes salarié (y compris en apprentissage) ou stagiaire, n'oubliez pas d'indiquer le nom et adresse de l'employeur ou de l'organisme de formation.

Rubrique B : « Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (projet de vie) »

Rappel : n'hésitez pas, pour rédiger cette rubrique, à faire appel aux services de votre MDPH.

Rubrique C : « Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et son complément »

L'AEEH et le cas échéant son complément peuvent être versés au parent ou à la personne qui s'occupe d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap.
L'allocation de base peut être augmentée d'un complément en fonction des besoins évalués par l'équipe pluri-disciplinaire de la MDPH.
À noter : Vous pouvez également demander pour votre enfant la PCH (rubrique F). Après évaluation de la situation et des besoins de votre enfant, la MDPH vous communiquera un plan personnalisé de compensation qui précisera, si vous avez demandé la PCH et que vous y avez droit, les montants respectifs de chacune des deux prestations. Vous pourrez alors choisir sur cette base, celle qui vous convient le mieux.

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

Le parcours de scolarisation et/ou de formation de l'enfant ou du jeune adulte en situation de handicap peut être mis en œuvre dans un établissement scolaire, dans un établissement ou service médico-social, dans un établissement sanitaire (cf. liste en page 4).
Le parcours s'organise alors totalement, partiellement ou en alternance sur ces types d'établissements.
C'est dans cette rubrique que vous pouvez indiquer vos demandes d'aménagement scolaire, de matériel pédagogique, transports scolaires, auxiliaire de vie scolaire...

Rubrique E : « Demande de cartes »

La mention « besoin d'accompagnement » peut être portée sur la carte d'invalidité pour :
- un enfant ayant droit au complément d'AEEH (C3, C4, C5, C6),
- un adulte bénéficiaire d'une PCH « Aide Humaine » ou d'une ACTP ou d'une MTP ou d'une APA.

Rubrique F : « Demande de prestation de compensation »

Cette demande permet l'examen des besoins de compensation des conséquences du handicap :

- Aides humaines - *exemples : prise des repas, aide à la toilette...*
- Aides techniques - *exemples : fauteuil roulant, télé agrandisseur, prothèses auditives...*
- Aménagement du logement - *exemples : transformation d'une baignoire en douche, plate-forme éléva-*
- *trice, élargissement de porte, flash lumineux*
- Pour le déménagement - *exemple : participation aux frais de déménagement pour un logement mieux adapté si les travaux dans le logement actuel sont trop coûteux ou impossibles...*
- Aménagement du véhicule - *exemple : adaptation du poste de conduite*
- Surcoûts liés aux transports
- Charges spécifiques ou exceptionnelles - *exemples : protections pour incontinence, réparation matériel...*
- Aide animalière - *exemple : frais d'entretien pour un chien d'assistance éduqué...*

Droit d'option

Si vous êtes bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice (ACTP ou ACFP), vous pouvez demander la PCH. Un comparatif de vos droits sera établi par la Maison départementale et vous pourrez choisir, sur cette base :

- soit de conserver votre allocation compensatrice,
- soit d'opter pour la PCH, si votre situation vous permet d'en bénéficier.

Si vous n'exprimez aucun choix, vous serez présumé vouloir bénéficier de la PCH.

Attention : le choix pour la PCH est définitif.

Rubrique G : « Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse »

L'aidant familial qui peut être affilié est une personne qui s'occupe de façon permanente de la personne adulte handicapée vivant à domicile. Il doit avoir un lien de parenté avec la personne handicapée ou avec le conjoint de celle-ci (qu'ils soient mariés ou non).

Rubrique H : « Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et son complément de ressources »

Vous pouvez demander à la fois l'AAH et le complément de ressources.

Les indications concernant les revenus permettent à l'organisme de prestations familiales d'étudier vos droits.

Rubrique I : « Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle »

Cette rubrique permet la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé et l'orientation professionnelle vers :

- le marché du travail (accompagnement par le Service Public de l'Emploi et Cap Emploi),
- le milieu protégé – ESAT,
- une formation en CRP qui peut, éventuellement, ouvrir droit à une prime de reclassement.

Rubrique K : « Procédure simplifiée »

Si vous souhaitez être reçu par la CDAPH, cochez « NON » à la rubrique « souhaitez vous bénéficier d'une procédure simplifiée ».

Rubrique L : « Pièces à joindre à votre demande »

Joignez à ce formulaire l'ensemble des pièces demandées pour faciliter le traitement de votre dossier, notamment le certificat médical sous pli cacheté.

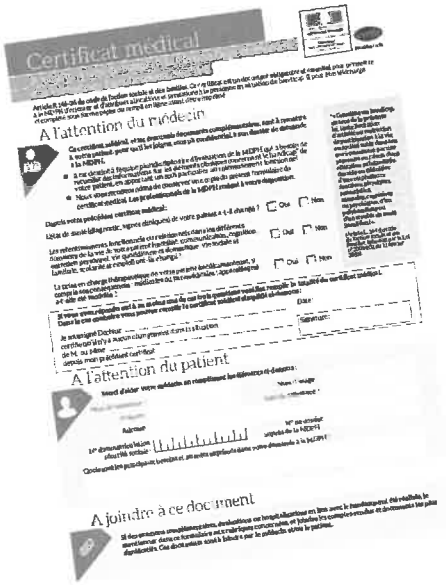
Merci de dater et signer votre demande en page 8 du formulaire

Glossaire des sigles utilisés dans le formulaire

Sigles	Signification
AAH	Allocation Adultes Handicapés
AC	Allocation Compensatrice
ACFP	Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AEEH	Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ASS	Allocation de Solidarité Spécifique
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CDA ou CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CRP	Centre de Reclassement Professionnel
EEE	Espace Économique Européen
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MTP	Majoration Tierce Personne
PACS	Pacte Civil de Solidarité
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RQTH	Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé

Établissements et Services médico-sociaux, Établissements sanitaires et Établissements scolaires	
CAJ	Centre d'Accueil de Jour
CAMSP	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CPO	Centre de PréOrientation
CRP	Centre de Rééducation Professionnelle
EMP	Externat Médico-Pédagogique
ESAT	Établissements et Services d'Aide par le Travail
ESAT SA	Établissements et Services d'Aide par le Travail - Sections annexes
FAM	Foyer d'accueil médicalisé Foyer de vie Foyer occupationnel Foyer d'hébergement
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle
	Hôpital de jour
IEM	Institut d'Education Motrice
IES	Institut d'Education Sensorielle
IME	Institut Médico Educatif
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
	Pouponnière spécialisée
SAAAIS	Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire
SAFEP	Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico Social pour personnes Adultes Handicapées
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SSEFIS	Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire
ULIS	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UPI	Unité pédagogique d'intégration

Comprendre et bien remplir le certificat médical de la MDPH


Certificat médical

A l'attention du médecin

A l'attention du patient

A joindre à ce document

Guide pour l'utilisation du certificat médical à destination de la Maison départementale des personnes handicapées

Les coordonnées des MDPH sont disponibles sur www.cnsa.fr

L'essentiel des conseils pour un certificat médical bien rempli

Les informations apportées par le certificat médical que vous remplissez vont permettre à la MDPH d'évaluer efficacement la situation de votre patient, pour lui apporter les réponses les plus adaptées à sa situation (voir l'encadré « Quelques repères sur l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH »).

Compléter le diagnostic et les éléments cliniques avec des informations sur les retentissements dans la vie quotidienne.
Les informations sur la seule pathologie ne sont pas suffisantes pour évaluer la situation de votre patient.
Il est important de préciser :

- ⇨ les difficultés rencontrées dans les différents domaines de la vie (communication, entretien personnel, mobilité, etc.), les compensations si elles existent ;
- ⇨ les difficultés rencontrées au quotidien dans le cadre familial, social et professionnel ;
- ⇨ la régularité ou le caractère fluctuant des troubles ;
- ⇨ les informations sur la nature et la posologie des thérapeutiques doivent être complétées avec une description des contraintes et des effets secondaires éventuellement présentés.

Joindre des comptes-rendus médicaux, paramédicaux, apporter des informations complémentaires au certificat : comptes-rendus récents d'hospitalisations, de consultations spécialisées ou de prises en charge paramédicales (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.).

Un certificat complémentaire doit être rempli lorsque certaines déficiences ont des répercussions dans la vie de votre patient :
⇨ Certificat complémentaire ORL ou ophtalmologique, en cas de déficiences sensorielles (volets 1 et 2).

Certificat médical simplifié

Cette rubrique doit être utilisée seulement si les deux conditions suivantes sont remplies :

- ⇨ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour personne handicapée pour ce patient.
- ⇨ Et, depuis ce dernier ce certificat, le retentissement fonctionnel déjà décrit n'a pas évolué.

↳ *Toute information sur l'évolution de la situation de votre patient est utile et peut avoir une importance pour l'accès à un nouveau droit pour ce patient.*

Quelques repères sur l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH

En quoi consiste l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ?

L'équipe pluridisciplinaire a besoin d'informations variées pour évaluer de façon pertinente la situation d'une personne, identifier ses besoins, élaborer les réponses pouvant être apportées, appliquer les critères réglementaires d'éligibilité et fixer les durées des droits ouverts.

Cette évaluation est globale. Elle porte sur différentes dimensions et aborde notamment les déficiences, les limitations d'activités et leurs retentissements dans la vie quotidienne, sociale, scolaire ou professionnelle de la personne, en tenant compte de son environnement.

Le diagnostic de la pathologie à l'origine du handicap est important à prendre en compte car il permet notamment d'avoir des éléments de pronostic et de rattacher les déficiences et incapacités à un tableau clinique connu. Toutefois ce diagnostic ne permet pas une évaluation du handicap, celui-ci variant avec le retentissement fonctionnel, le stade évolutif, les thérapeutiques mises en œuvre avec leurs contraintes ou effets secondaires.

Cette approche permet de s'adapter à la diversité des situations. Deux personnes atteintes d'une même pathologie peuvent, en fonction du retentissement fonctionnel, se voir reconnaître un taux d'incapacité et des propositions d'aides différents.

Comment se déroule cette évaluation ?

En fonction de la situation, l'évaluation peut s'effectuer sur la base des documents transmis par la personne, dont le certificat médical, ou nécessiter un rendez-vous ou une visite à domicile.

Cette évaluation s'inscrit dans la continuité du parcours de soins et d'accompagnement de la personne en situation de handicap. Elle n'a pas vocation à poser, confirmer ou infirmer un diagnostic et s'appuie pour une grande part sur les bilans et examens déjà réalisés.

Comment remplir ce certificat ?

Ce certificat est utilisable pour des enfants ou des adultes de tout âge, quelles que soient les pathologies ou les déficiences.

- ⇨ Il vous appartient de compléter les différentes rubriques en détaillant les spécificités liées à la situation de votre patient, en utilisant si nécessaire les zones de texte libres.
- ⇨ Dans certains cas, un certificat complémentaire est nécessaire : certificat ophtalmologique en cas de déficiences visuelles ou ORL en cas de déficiences auditives.
- ⇨ Il est utile de joindre au certificat médical que vous avez complété, des comptes rendus récents d'hospitalisation, de consultations spécialisées ou de prises en charges paramédicales (bilan de psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.).

La durée de validité de ce certificat médical est de 6 mois. Dans le cas d'un handicap susceptible d'une évolution rapide, l'équipe pluridisciplinaire peut demander un certificat d'une durée de validité inférieure.

Informations complémentaires

- ⇨ Toute personne a accès à l'ensemble des informations médicales la concernant y compris aux documents contenant des informations médicales détenues par un organisme chargé d'une mission de service public, même non médicale (article L 1111-7 du code de santé publique).
- ⇨ L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH constitue une équipe de soins. Le partage et les échanges d'informations, y compris pour les données à caractère médical, sont dorénavant possibles au sein de cette équipe (Article L. 1110-4 introduit par la loi de modernisation de notre système de santé, articles R. 1110-1 et suivants et D. 1110-3-4 du code de santé publique).

Rubriques concernant la pathologie, l'histoire de la pathologie et la description clinique

⇨ **Indiquer les pathologies**, accidents ou anomalies congénitales à l'origine du handicap.

⇨ **Mentionner l'origine** et l'ancienneté des troubles et préciser les antécédents, en rapport ou non avec le handicap, notamment lorsqu'ils ont eu un impact sur l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle de la personne (hospitalisations répétées ou prolongées, arrêts maladies répétés, prises en charges thérapeutiques lourdes, etc.).

⇨ **Décrire la symptomatologie** ayant un retentissement sur la situation de la personne en indiquant la fréquence de ces signes cliniques (troubles de l'alimentation ou sphinctériens, troubles cognitifs ou psychiques, hypersensibilité sensorielle, etc.) et **préciser les éventuels symptômes associés** (douleur, asthénie, retentissement psychique, etc.) qui peuvent aussi avoir un retentissement à prendre en compte.

Les perspectives d'évolution sont un élément d'information important qui peut avoir un impact sur les critères d'éligibilité ou la durée d'attribution des prestations.

↳ *Les répercussions de ces différents signes cliniques et déficiences dans la vie de la personne seront à indiquer à la rubrique concernant le retentissement fonctionnel.*

Rubrique concernant les déficiences sensorielles

Une description par un spécialiste est obligatoire s'il y a des répercussions d'une atteinte auditive ou d'une atteinte visuelle dans la vie de votre patient.

Outre les audiogrammes tonal et vocal ou l'acuité visuelle, ces certificats médicaux complémentaires permettent de préciser le retentissement fonctionnel et les troubles associés qui peuvent être présents.

Des bilans fonctionnels réalisés par d'autres professionnels de santé peuvent aussi être joints (par exemple le bilan fonctionnel réalisé par un orthoptiste ou un ergothérapeute spécialisé en réadaptation basse vision).

Rubrique concernant les traitements

Cette rubrique permet de détailler les traitements, prises en charge thérapeutiques ou appareillages, en prêtant une attention particulière à leurs conséquences sur la vie de ce patient :

⇨ Effets secondaires.

⇨ Contraintes liées à l'éloignement des lieux de soins, aux modalités de traitement, à la fréquence ou à l'organisation des prises en charge.

⇨ Difficultés d'adaptation ou d'utilisation des appareillages, etc.

Il peut arriver que ce soient uniquement les contraintes liées aux prises en charge (hospitalisation de jour répétée, éloignement des lieux de soins, etc.) ou les effets secondaires des traitements qui aient des conséquences sur la vie de la personne.

↳ *La partie « projet thérapeutique » est principalement à compléter lorsqu'un nouveau traitement ou un changement de protocole est envisagé mais pas encore mis en place. Il est utile de préciser le délai envisagé pour cette évolution de la prise en charge thérapeutique.*

↳ *N'hésitez pas à apporter des commentaires.*

Rubrique concernant le retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Les différents items de cette rubrique permettent de préciser les conséquences de l'état de santé de ce patient sur ses activités habituelles et sa participation à la vie sociale.

Ces données relatives aux limitations d'activités, qu'elles soient liées aux différentes déficiences et manifestations cliniques, aux symptômes associés, aux contraintes liées aux traitements ou aux prises en charges, etc., vont contribuer à identifier les besoins du patient et permettront à l'équipe pluridisciplinaire de proposer des éléments de compensation.

Plusieurs domaines d'activités dans lesquels des retentissements peuvent être constatés sont évoqués.
Pour chaque activité, il est important de tenir compte de la capacité physique mais aussi des fonctions supérieures (mentale, cognitive ou psychique) pour réaliser les activités concernées.

L'échelle de cotation est à remplir en fonction des informations dont vous disposez. Elle permet de donner des indications sur le niveau et le type de retentissement. Toutefois certaines activités peuvent être difficiles à évaluer.
Cela peut être le cas, par exemple, des activités portant sur la communication, la cognition et les aspects relationnels.
Cela peut aussi concerner le retentissement sur la vie sociale et familiale (y compris le cas échéant, la vie affective et sexuelle), la scolarité, l'accès ou le maintien dans l'emploi ou le suivi de formations.

- *Toute indication de l'existence de difficulté est à communiquer. L'équipe pluridisciplinaire approfondira ces questions si nécessaire.*

- *Toutes les personnes ne seront pas concernées par l'ensemble des rubriques, il vous est simplement demandé dans la mesure du possible de décrire ce dont vous avez connaissance.*

Rubrique concernant les remarques ou observations complémentaires

L'objectif est de vous permettre de compléter les informations et de donner votre avis sur les difficultés de ce patient, ses besoins, les réponses pouvant être apportées et le cas échéant de mieux s'articuler avec les prises en charges initiées ou envisagées. Cette rubrique vous permet notamment :

⇒ De faire état des spécificités de la pathologie ou de la situation de ce patient si elles n'ont pas pu être indiquées dans les rubriques précédentes.

⇒ De préciser les solutions utiles mises ou à mettre en place et pouvant améliorer sa situation (intervention humaine, aide technique, aménagement du logement, etc.).

Il ne s'agit toutefois pas de vous prononcer sur l'octroi d'une prestation, les décisions relevant de la compétence de la MDPH en application de la réglementation en vigueur.

Rubrique concernant les coordonnées et signature

Atteste de la validité du certificat transmis à la MDPH comme pièce réglementaire de la demande.

- *Si ce patient ne s'y oppose pas, cela permettra, en cas de besoin, au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de reprendre contact avec vous.*

Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

cerfa 15695*01

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 .....
depuis mon précédent certificat.

Signature :

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.

1. Pathologie motivant la demande

Questions obligatoires

Une pièce jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition :

☐ Congénitale ☐ Maladie ☐ Accident vie privée

☐ Accident du travail ☐ Maladie professionnelle

Date d'apparition :

☐ A la naissance ☐ Depuis moins de un an

☐ Depuis 1 à 5 ans ☐ Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

3. Description clinique actuelle

Poids : **Taille :** **Latéralité dominante avant handicap :** ☐ Droite ☐ Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	ponctuel < 15 j par mois
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Précisions :

Perspective d'évolution globale :

☐ Stabilité ☐ Incapacité fluctuante ☐ Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)
☐ Aggravation ☐ Evolutivité majeure ☐ Non définie

Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles

En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du cerfa n°**15695*01**)

Observations :

En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du cerfa n°**15695*01**)

Observations :

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.
Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

☐ Hospitalisations itératives ou programmées
☐ Suivi médical spécialisé
☐ Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)
☐ Autres

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence
☐ Ergothérapeute	
☐ Infirmière	
☐ Kinésithérapeute	
☐ Orthophoniste	
☐ Orthoptiste	
☐ Psychologue	
☐ Psychomotricien	
☐ Autre	

Suivis pluridisciplinaires :	Modalité de suivi
☐ CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
☐ CMP (Centre Médico Psychologique)	
☐ CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
☐ Hôpital de jour	
☐ Autre	

Projet thérapeutique :

Type d'appareillage :

Corrections auditives : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale ☐ Appareillage ☐ Implant

Aide à mobilité
☐ Déambulateur ☐ Canne ☐ Orthèse, prothèse (préciser)
☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Fauteuil roulant manuel
☐ Autre préciser (Ex : Scooter, ...) :

Appareillage visuel :
☐ Télé-agrandisseur ☐ Terminal-braille ☐ Logiciel de basse vision
☐ Loupe ☐ Logiciel de synthèse vocale

Alimentation / Elimination :
☐ Gastro ou jéjunostomie d'alimentation ☐ Stomie digestive d'élimination
☐ Sonde urinaire ☐ Stomie urinaire

Aides respiratoires : ☐ Trachéotomie ☐ O2 ☐ Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole ☐ Prothèse phonatoire

Autre appareillage :

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation
Cannes	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Déambulateur	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	☐ En intérieur	☐ En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	☐ En intérieur	☐ En extérieur	

Ralentissement moteur : ☐ Oui ☐ Non Besoin de pauses : ☐ Oui ☐ Non

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : ☐ Oui ☐ Non

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice	A	B	C	D	NSP
Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement					
Marcher :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main non dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Motricité fine :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions :

Communication	A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser le téléphone :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...)	☐	☐	☐	☐	☐

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) **avec appareillage** ☐ Oui ☐ Non

Précisions :

Bilan orthophonique à joindre en cas de troubles du langage oral et écrit avec un retentissement significatif.

Cognition / Capacité cognitive

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

	A	B	C	D	NSP
Orientation dans le temps :	☐	☐	☐	☐	☐
Orientation dans l'espace :	☐	☐	☐	☐	☐
Gestion de la sécurité personnelle :	☐	☐	☐	☐	☐
Maîtrise du comportement :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...) :

☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

La personne sait-elle :

☐ Lire ☐ Ecrire ☐ Calculer ☐ NSP

Entretien personnel

Toilette, habillage, continence, alimentation...

	A	B	C	D	NSP
Faire sa toilette :	☐	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller :	☐	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés	☐	☐	☐	☐	☐
Couper ses aliments :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...) :

Vie quotidienne et vie domestique

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

	A	B	C	D	NSP
Prendre son traitement médical :	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son suivi des soins :	☐	☐	☐	☐	☐
Faire les courses :	☐	☐	☐	☐	☐
Préparer un repas :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer les tâches ménagères :	☐	☐	☐	☐	☐
Faire des démarches administratives :	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son budget :	☐	☐	☐	☐	☐

Autre (préciser) :

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale : ☐ Vie familiale ☐ Isolement ☐ Rupture ☐ Autre (préciser)

Présence d'un aidant familial : ☐ Oui ☐ Non

Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?

Quel type d'intervention ?

Précisions :

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

Retentissement sur l'emploi :

Avis du médecin du travail joint (si disponible)

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, préciser :

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, préciser :

7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

8. Coordonnées et signature

Docteur :

Médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

Identifiant RPPS :

Identifiant ADELI :

Adresse postale :

Téléphone :

Email :

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)

Volet 1

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

cerfa
Numéro cerfa

Compte rendu type pour un bilan auditif à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..../..../..... Date du bilan : ..../..../.....

1 – Description de la déficience auditive

La déficience auditive est-elle congénitale ? ☐ Oui ☐ Non

Sinon, à quel âge est elle apparue ? - Âge au diagnostic : - Âge au premier appareillage :

La déficience auditive est-elle syndromique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelles sont les déficiences associées ?

- Degré de surdité (sans correction) selon les critères de classification du BIAP :
(audiogramme tonal et vocal à compléter au verso)

OD : ☐ Normal ☐ Léger ☐ Moyen ☐ Sévère ☐ Profond

OG : ☐ Normal ☐ Léger ☐ Moyen ☐ Sévère ☐ Profond

Contexte évolutif : ☐ amélioration ☐ stabilité ☐ aggravation ☐ non définie

Si amélioration possible : Dans quel délai ? Comment ?

- Signes associés :

☐ acouphènes, préciser fréquence et intensité :

☐ vertiges, préciser fréquence et intensité :

☐ hyperacousie, préciser fréquence et intensité :

- Appareillage auditif : OD : ☐ Oui ☐ Non Date de l'appareillage actuel : ..../..../.....

OG : ☐ Oui ☐ Non

Si Implant cochléaire, préciser le(s) côté(s) : ☐ OD ☐ OG Date(s) d'implantation : ..../..../.....

2 – Modes de communication utilisés (au quotidien) ; plusieurs réponses possibles

☐ Oral ☐ LPC ☐ LSF ☐ LSF Tactile ☐ Français Signé ☐ Écrit ☐ Écriture furtive ou fictive

☐ Pictogrammes ☐ Autre, préciser : ☐ Aucune communication codée

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC...) ☐ Oui ☐ Non

Préciser le type d'aide :

Communication orale possible au téléphone sans appareillage : ☐ Oui ☐ Non

avec appareillage (conventionnel ou implant) : ☐ Oui ☐ Non

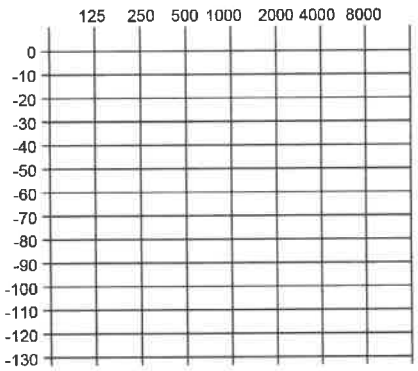
3 – Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

À ..... le ..... Cachet

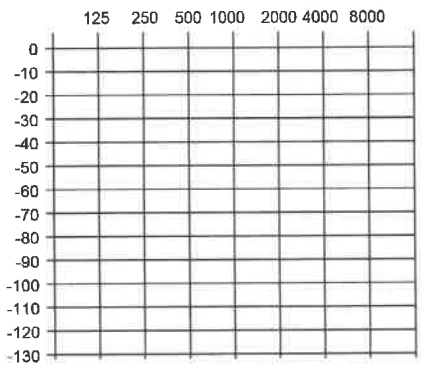
Signature :

Audiométrie

Oreille droite

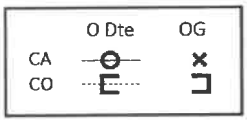


Oreille gauche



WEBER

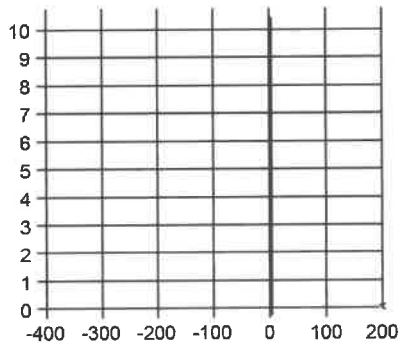
250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	4000 hz



Tympanogramme

OD =x———x

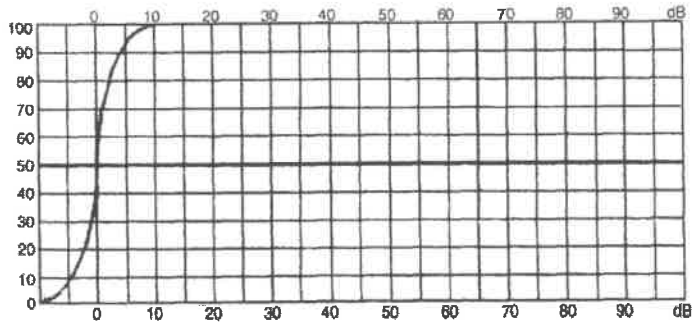
OG = o———o



Test de Fournier

(listes de mots dissyllabiques) (sans appareillage ET avec appareillage conventionnel ou implant s'il existe)

% d'intelligibilité



Conséquences globales sur le plan du langage

☐ Élocution normale; niveau de langage normal.

☐ Niveau de langage normal et difficultés d'élocution relevant des aspects suivants:
- perturbation du débit et du rythme, difficultés mélodiques et d'intonation;
- troubles d'articulation liés à la surdité;
- troubles de la voix, anomalies de la hauteur, du timbre, de l'intensité, voix nasonnée.

☐ Difficultés d'élocution comme le groupe précédent; retard de parole et/ou de langage avec notamment:
- chute de la fin des mots et difficultés de prononciation des groupes consonantiques, mots déformés;
- emploi peu fréquent des mots grammaticaux (articles, adverbes, conjonctions...), temps des verbes incorrects.

☐ Difficultés majeures d'élocution, troubles importants du langage ou absence d'expression acoustique de la parole; au mieux parole intelligible seulement pour la famille ou les professionnels de la rééducation.

Volet 2

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

cerfa
Numéro cerfa

Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : ..... Prénom : ..... Âge : .....

Diagnostic principal : .....

Pathologies associées : .....

L'acuité visuelle de loin doit être mesurée avec la meilleure correction optique tolérée (en dehors de tout système optique grossissant) et transposée en système décimal. L'acuité visuelle de lecture doit être mesurée avec l'addition liée à l'âge et en lecture fluide.

Acuité visuelle avec correction : ☐ Œil droit ☐ Œil gauche

- **de loin** (équivalent échelle de Monoyer)
- **de lecture** (équivalent échelle de Parinaud à 40 cm)

Remarque : les éléments suivants sont particulièrement importants à renseigner dans la mesure où ils apportent des éléments complémentaires sur l'importance de l'atteinte visuelle.

Le champ visuel binoculaire est-il normal ? ☐ Oui ☐ Non (compléter le tracé au verso)

La vision des couleurs est-elle normale ? ☐ Oui ☐ Non (préciser)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale ? ☐ Oui ☐ Non (préciser)

Autres signes cliniques : (préciser)

- Nystagmus ☐ Oui ☐ Non
- Diplopie ☐ Oui ☐ Non
- Photophobie ☐ Oui ☐ Non
- Cécité nocturne ☐ Oui ☐ Non
- Présence d'hallucinose ☐ Oui ☐ Non

Évolution prévisible des troubles : ☐ amélioration ☐ stabilité ☐ aggravation ☐ non définie

Si amélioration : Dans quel délai ? Comment ?

Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et/ou professionnelle : questionnaire pratique

- **Difficultés dans :** (cocher si nécessaire le besoin de tierce personne)
  - La lecture et l'écriture ? ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - La reconnaissance des visages à 1 m ? ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...) ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - Utilisation du téléphone et appareils de communication ? ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - Les déplacements intérieurs ? ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - Les déplacements extérieurs ? ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
- Nécessité d'aides techniques spécialisées ? (optique, canne blanche, autres...) ☐ Oui ☐ Non

  Préciser :
- Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ? ☐ Oui ☐ Non
- Autres difficultés :

À ..... le ..... Cachet

Signature :

À compléter si nécessaire - Champ visuel binoculaire (Champ visuel de Goldman III 4)

Figure 1 - Coupole de Goldman

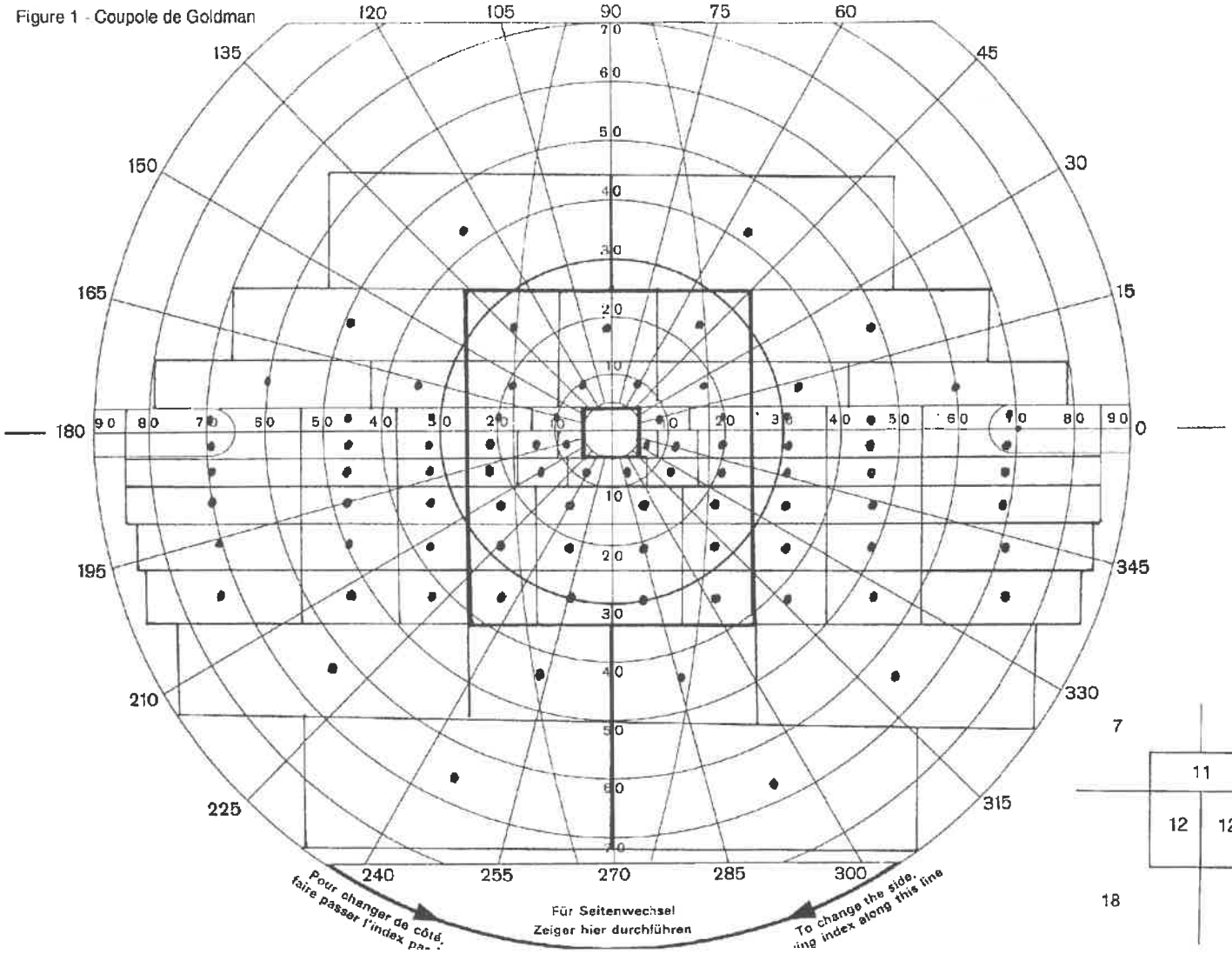
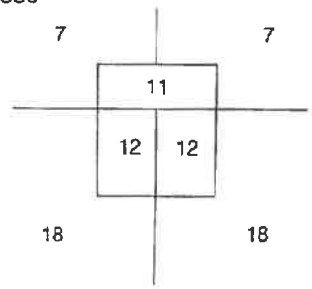


Figure 2



Le champ visuel binoculaire est apprécié à la coupole de Goldman avec le test III/4 sans dissociation des deux yeux (ou équivalent).

Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

cerfa

N° 13788*01

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

Nom de naissance :

Nom d'épouse ou nom d'usage :

Prénom(s) :

Sexe : ○ Masculin ○ Féminin

Nationalité : ○ Française ○ EEE ou Suisse ○ Autre

Date de naissance :

Lieu de naissance : Code postal :

Commune :

Pays :

Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France :

N° de sécurité sociale :

Nom de l'organisme de sécurité sociale :

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° : Dans quel département ?

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

N° : Rue :

Complément d'adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Fax :

Adresse électronique :

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel :

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

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

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

Précisez qui détient l'autorité parentale : ❍ Mère ❍ Père ❍ Les deux ❍ Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : _____

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

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

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : _____

A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

❍ Tutelle ❍ Curatelle simple ❍ Curatelle renforcée ❍ Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

Adresse de la personne ou organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

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

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : _____

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ ❍ CAF ❍ MSA ❍ Autre

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

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

Complément d'adresse : _____

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

A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : ❍ Célibataire ❍ Marié(e) ❍ En couple sans être marié(e)
❍ Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_| Nombre d'enfants à charge : |_|_|

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	**Votre conjoint(e)**
❍ **Salarié(e)** y compris apprentissage depuis le :	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|
Type de contrat :	_____	_____
Date de début du contrat :	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|
Date de fin du contrat :	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|
en milieu protégé ESAT depuis le :	|_|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_|_|

	Vous	Votre conjoint(e)
❍ **Stagiaire** de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ?	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ Non
Nom de votre employeur : ou organisme de formation		
Adresse de votre employeur : ou organisme de formation N° et Rue :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation		
❍ **Non salarié(e)** y compris exploitant agricole, prof. Libérale depuis le :		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
❍ **Inscrit(e) comme demandeur d'emploi** depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ Non
❍ **Retraité(e)** depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ Non
❍ **Bénéficiaire d'une pension** depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	❍ 1 ❍ 2 ❍ 3	❍ 1 ❍ 2 ❍ 3
Rente accident du travail :	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	❍ Oui ❍ Non	❍ Oui ❍ Non
❍ **Autre** depuis le : (Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :		

A8 - Autre situation de la personne concernée

❍ Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social
❍ Vous êtes hospitalisé(e)
❍ Autres cas, précisez : _____
Nom de l'établissement : _____
Adresse de l'établissement : N° : _____ Rue : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

❍ Locataire, sous-locataire ou co-locataire ❍ Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
❍ Propriétaire ou accédant à la propriété ❍ Autres, précisez : _____

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.
Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation.
Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...
Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :
Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

❍ Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins

❍ Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation : _____

C - Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

Votre enfant est-il en internat ? ❍ Oui ❍ Non Depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico social ou sanitaire ...)

Si votre 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

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

Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS			PÉRIODICITÉ
	Financeurs sollicités	Montants Obtenus	Reste à votre charge	Semaine, mois, année, occasionnelle
	TOTAL			

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

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? Précisez :

Nom : _____

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

E - Demande de cartes

- ❑ Carte d'invalidité ou de priorité
- ❑ Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
- ❑ Carte européenne de stationnement

F - Demande de prestation de compensation

- ○ Prestation de Compensation - PCH
  Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AEEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)
- ○ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
- ○ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

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

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

❑ Aide humaine
Précisez : _____

❑ Aide technique, matériel ou équipement
Précisez : _____

❑ Aménagement du logement / Déménagement
Précisez : _____

❑ Aménagement du véhicule / surcoût du transport
Précisez : _____

❑ Charges spécifiques / exceptionnelles
Précisez : _____

❑ Aide animalière
Précisez : _____

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

Nom : _____
Adresse : N° : _____ Rue : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lien de parenté : _____
La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

❑ Allocation aux Adultes Handicapés - AAH ❑ Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

❍ un revenu d'activité
du : |_|_|_|_|_|_|_|_| au : |_|_|_|_|_|_|_|_|

❍ un revenu issu d'une activité en ESAT
du : |_|_|_|_|_|_|_|_| au : |_|_|_|_|_|_|_|_|

❍ des indemnités journalières de la Sécurité sociale
du : |_|_|_|_|_|_|_|_| au : |_|_|_|_|_|_|_|_|

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

_____

I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

❑ Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH
❑ Prime de reclassement
❑ Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)
❑ Orientation / Reclassement :
- ❍ Formation
- ❍ Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)
- ❍ Milieu protégé (ESAT)

J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :

❍ Un accueil de jour - précisez : _____
❍ Un hébergement de nuit - précisez : _____
❍ Un hébergement permanent - précisez : _____
❍ Un accompagnement - précisez : _____
❍ Autres (accueils temporaires ...) - précisez : _____

Quelle orientation souhaitez- vous ?

❍ Un accueil de jour (CAJ, ...)
❍ Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)
❍ Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)
❍ Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)
❍ Autres (accueil temporaire ...)

Date d'entrée souhaitée : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : _____
Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____
Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- **le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;**
- **la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;**
- **l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention «priorité pour personne handicapée» ;**
- **la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ;**
- **les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.**

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ? ❍ Oui ❍ Non

L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- ❑ Un certificat médical daté de moins de 3 mois
- ❑ 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 adultes)
- ❑ Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Fait à : _____ Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature : ❍ de la personne concernée ❍ de son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées .

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

Fiche de parcours professionnel

Pour permettre le traitement de votre demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et d'orientation professionnelle et/ou d'allocation aux adultes handicapés, veuillez compléter ce questionnaire et le joindre à votre dossier, que vous aurez au préalable renseigné avec le plus grand soin afin que la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) prenne la décision la plus adaptée à votre situation.

IDENTIFICATION

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur N° dossier MDPH :

Nom
Prénom Date de Naissance : / / /
Téléphone

SCOLARITE

☐Aucune scolarisation ☐Scolarisation en établissement spécialisé (Institut Médico-Educatif IME ; Institut Médico Professionnel IMPro ; Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique ITEP)

Niveau de formation ☐Primaire ☐Secondaire ☐ Supérieur

Dernière classe fréquentée :

Diplômes obtenus : Année : / /
Année : / /
Année : / /

FORMATION

Formations suivies Année : / /
Année : / /
Année : / /

SITUATION PROFESSIONNELLE

Avez-vous déjà travaillé ? ☐Oui ☐Non

PROJET PROFESSIONNEL :

Veuillez préciser votre projet professionnel et joindre, éventuellement un CV :

.....

.....

Vous travaillez actuellement

- Emploi occupé ?.....
- Quel est votre employeur ?.....
- Quelle est son adresse ?.....

- Type de contrat : ☐ CDD ☐ CDI ☐ Apprentissage
☐ Autre type de contrat (stage – contrat aidé) :

- Depuis quand occupez-vous cet emploi ? / /

- Avez-vous rencontré le médecin du travail ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date du dernier avis du médecin du travail : / / / (joindre copie de la fiche)

☐Aptitude ☐Restriction d'aptitude ☐Inapte

- Intervention de la cellule maintien dans l'emploi (SAMETH) : ☐ Oui ☐ Non

- Etes-vous en arrêt maladie ? ☐Oui ☐Non
Si oui, depuis quand ? / / /

- Avez-vous rencontré une assistante sociale de la CARSAT (ancienne CRAM) ? ☐ Oui ☐ Non
du Conseil Général ? ☐ Oui ☐ Non
d'un autre organisme ? ☐ Oui ☐ Non

Vous êtes sans activité professionnelle

- Vous ne travaillez plus depuis le / / /

- Dernier emploi occupé :

- Durée de ce dernier emploi :

- Motif de l'arrêt : ☐Maladie ☐Maternité ☐Autre

Précisez :

- Avez-vous exercé d'autres emplois ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui lesquels ?

.....

.....

- Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ? ☐Oui ☐ Non
Si oui depuis quand ? / /
N° identifiant :

- Etes-vous accompagné par CAP EMPLOI ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui depuis quand ? / /

- Avez-vous le permis de conduire ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui possédez-vous un véhicule ? ☐ Oui ☐ Non

- Etes-vous bénéficiaire du RSA ? ☐ Oui ☐ Non
Coordonnées de votre référent : .....

La carte d'invalidité ou carte handicapé

Permet de bénéficier de certains droits dans le cadre de la vie courante (transports, tarifs, avantages fiscaux, etc.).

Pièces à fournir

Pour savoir quels documents fournir, il convient de s'adresser à la MDPH. Le demandeur doit en principe joindre à son dossier :

- un formulaire à remplir ;
- un certificat médical rempli par son médecin, ou un justificatif attestant de l'attribution d'une pension d'invalidité de troisième catégorie si le demandeur est titulaire de cette pension ;
- son projet de vie (établi sur le formulaire ou sur papier libre) ;
- une photocopie de sa pièce d'identité ou de son passeport (ou d'un titre de séjour pour les personnes de nationalité étrangère) ;
- une photo d'identité.