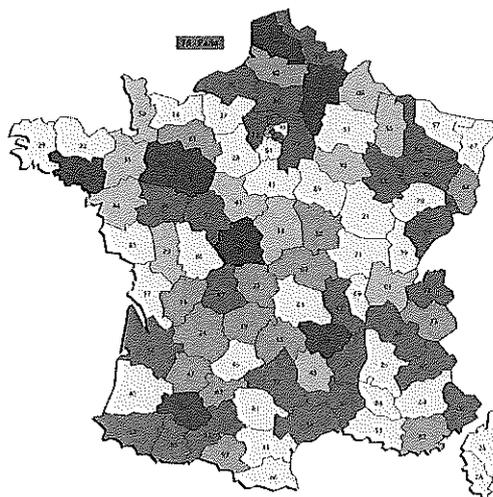




Une fois rempli, signé et complété des pièces justificatives, votre dossier de demande est à transmettre à la MDPH du département de votre lieu de résidence.

(adresses des MDPH disponibles sur www.cnsa.fr)



Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH



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 : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prénom : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| N° et Rue : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Complément d'adresse : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Code postal : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Commune : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Téléphone : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Fax : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Adresse électronique : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

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'AAEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)

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

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

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.

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

Confidentiel

Certificat médical

Destiné à être joint à une demande auprès
de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Nom de naissance

Nom d'épouse

Prénom Date de naissance

Adresse

N° d'immatriculation sécurité sociale

N° de dossier auprès de la MDPH (si connu)

Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES)

et

Il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du, il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M.....

A le Cachet

Signature du médecin

Dans les autres cas : **Veillez compléter le certificat médical suivant**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

* «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.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

Pathologie principale à l'origine du handicap

Code CIM

Pathologies autres

Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH

Date de début des troubles - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance **pour les enfants** - bilan initial, facteur de gravité, évolutivité...

Accident du travail Maladie professionnelle compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur ...

Poids Taille latéralité dominante avant handicap..... compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

Perspective d'évolution

Stabilité Aggravation Incapacité fluctuante (*préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées*)
 Risque vital Amélioration (*préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles*) non définie

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :

Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (dont régime), préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires, ...

compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autre (préciser)

Nature

Fréquence

Soins ou traitements nocturnes non oui (préciser)

Projet thérapeutique (le cas échéant) :

Appareillages

- Appareil auditif unilatéral bilatéral
- Canne, déambulateur
- Fauteuil roulant manuel électrique
- Orthèse, prothèse (préciser)
- Sonde urinaire Stomie urinaire
- Stomie digestive d'élimination
- Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
- Trachéotomie
- Appareil de ventilation (préciser) O₂
- Autre(s) appareillage(s) (préciser)

Préciser : Type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance ...

Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

A compléter en tant que de besoin, en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne

Mobilité, maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement...

Périmètre de marche

L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles (à préciser si autres que celles mentionnées ci-dessus) :

- 1 - pas de difficulté
- 2 - difficulté modérée
- 3 - difficulté grave ou absolue

| | 1 | 2 | 3 |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Marcher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer à l'intérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer à l'extérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Préhension main dominante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Préhension main non dominante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motricité fine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Communication orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui...

Utiliser des appareils et techniques de communication (téléphone, téléalarme, ordinateur...)

Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint :

Conduite émotionnelle, relationnelle

Cognition, attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, vitesse d'idéation comportement, orientation dans le temps ou l'espace...

| | 1 | 2 | 3 |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Orientation dans le temps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientation dans l'espace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Retentissement sur la sécurité : gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger...

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : non oui (précisez)

Entretien personnel : toilette, habillement, continence, alimentation...

A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique
C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

| | A | B | C | D |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Faire sa toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S'habiller, se déshabiller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manger et boire des aliments préparés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Couper ses aliments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vie quotidienne et vie domestique : travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...

Retentissement sur la vie sociale et familiale (si besoin)

Retentissement sur la scolarité (si en âge scolaire) :

non oui (préciser)

Retentissement sur l'emploi (si besoin)

Avis du médecin du travail joint

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : non oui (préciser)

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : non oui (préciser)

Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaitables ...

Préconisations : Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements... (Si besoin)

Observations (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)

Certificat médical établi par :

A le Cachet (obligatoire)

Signature du médecin

1ère DEMANDE PRESTATIONS ADULTE - PIÈCES A FOURNIR

En complément de la Notice explicative (Cerfa 51299*01) du Formulaire unique de demande(s) (Cerfa 13788*01), nous vous remercions de bien vouloir lire attentivement cette notice d'information complémentaire et réunir l'ensemble des pièces nécessaires à l'instruction administrative et à l'évaluation de votre situation (documents à télécharger sur le site www.mdph33.fr ou disponibles à l'accueil).

| ❶ PIÈCES OBLIGATOIRES QUELLE QUE SOIT VOTRE DEMANDE | |
|--|--|
| 1- Le Formulaire unique de demande(s) (Cerfa 13788*01) | 3- La photocopie recto/verso de votre carte nationale d'identité ou titre de séjour en cours de validité |
| 2- Le certificat médical formulaire MDPH (Cerfa 13878*01) daté de moins de 6 mois complété par le médecin qui vous suit et comportant : - vos nom(s) et prénoms - la signature et le tampon du médecin | 4- La photocopie intégrale du jugement de tutelle ou curatelle (le cas échéant) 5- Un justificatif de domicile récent (moins de 3 mois) ou échéancier annuel (électricité, gaz, eau, téléphone) ou avis d'imposition ou attestation de domiciliation. |

| ❷ PIÈCES OBLIGATOIRES SUIVANT LE TYPE DE VOTRE DEMANDE | |
|--|--|
| Orientation professionnelle vers le milieu ordinaire (avec RQTH) | - votre curriculum vitae ou le formulaire* « complément d'information aux demandes d'orientation professionnelle et/ou d'allocation aux adultes handicapés » - si vous êtes salarié, la fiche de renseignements médicaux pour le travail, l'emploi et l'orientation professionnelle établie par votre médecin du travail (*) - la fiche de conclusions sociales (*) - si vous êtes salarié, la fiche de renseignements médicaux pour le travail, l'emploi et l'orientation professionnelle établie par votre médecin du travail (*) |
| Orientation professionnelle vers le milieu protégé (avec RQTH) | - pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie, copie de la notification de décision. - pour les bénéficiaires APA GIR 1 et 2, copie de la notification de décision |
| Carte d'invalidité (CI) Carte de priorité pour personne handicapée (CPPH) Carte de stationnement pour personne handicapée Allocation Adulte Handicapé (AAH) Complément de Ressources (CPR) | - 1 RIB - la déclaration de ressources de l'année N-2 (imprimé CAF) |
| Orientation en établissement médico-social (EMS) Orientation en service médico-social (SMS) | - la fiche de conclusions sociales (*) - le rapport d'autonomie (*) |
| Prestation de Compensation du Handicap (PCH) Renouvellement PCH Renouvellement Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) | - votre dernier avis d'imposition - 1 RIB - 2 devis uniquement pour les demandes d'aide technique d'audioprothèses. Pour les autres aides techniques, l'aménagement du véhicule, les aides exceptionnelles ou l'aménagement du logement, les pièces vous seront demandées dans le cadre de l'évaluation. Attention , pour les aides à l'aménagement du logement, les travaux ne doivent pas être réalisés avant le dépôt de la demande (factures non recevables). Il est recommandé d'attendre la décision pour les engager. - surcoût de transport (*) |

(*) imprimé disponible sur www.mdph33.fr rubrique « comment faire une demande » / « formulaires à télécharger »

ATTENTION : Votre dossier ne pourra être traité qu'à la réception de l'ensemble de ces pièces. **Merci de garder un double de votre dossier de demande.**