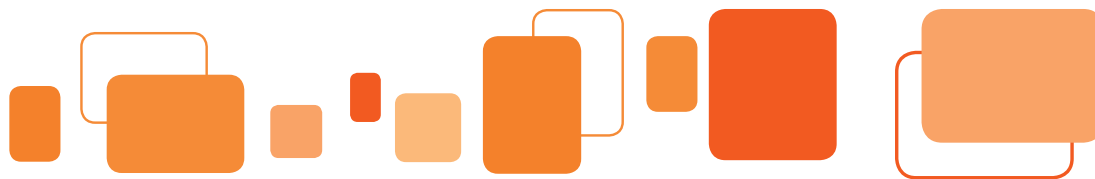




DEMANDE DE DROIT À COMPENSATION DU HANDICAP

Liste des pièces à joindre - uniquement des photocopies



PIECES DE RECEVABILITE OBLIGATOIRES POUR TOUTE DEMANDE

- **Formulaire de demande(s) auprès de la Maison départementale de l'autonomie** (Formulaire CERFA 13788*01 ci-joint).
- **Certificat médical daté de moins de 6 mois** (Formulaire CERFA 13878*01 ci-joint) à envoyer impérativement sous pli cacheté.
- **Justificatif d'identité recto/verso de la personne handicapée majeure** 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).
- **Justificatif d'identité recto/verso pour les personnes handicapées mineures** : copie d'une pièce d'identité en vigueur du mineur et de celle des parents titulaires de l'autorité parentale, ou copie du livret de famille.
- **Pour les personnes étrangères hors Union européenne** : copie du titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France.
- **Attestation de jugement en protection juridique** (le cas échéant).
- **Justificatif de domicile** (facture EDF, de téléphone, d'eau, de gaz, ou quittance de loyer, etc.).
Si hébergement par un tiers : justificatif de domicile du tiers + attestation sur l'honneur d'hébergement.
- **Bilan ophtalmologique** (uniquement en cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif.)
- **Audiogramme** (uniquement en cas de problèmes auditifs.)

PIÈCES COMPLEMENTAIRES NECESSAIRES À L'EVALUATION SELON LES DEMANDES

Demande d'Allocation adulte handicapé et de complément de ressources

- un curriculum vitae

Si vous bénéficiez d'un avantage invalidité, de vieillesse ou d'une rente accident de travail :

- une copie de la notification d'attribution (ou de refus) de chacun de ces avantages,
+ le dernier avis de paiement
- le récépissé de la demande du dépôt

Si vous êtes inscrit à Pôle Emploi

- tout document justifiant de cette inscription

Si vous êtes bénéficiaire du RSA :

- une copie du contrat d'insertion

Demande de Carte mobilité inclusion

Si vous demandez la mention stationnement :

- le certificat médical spécifique fourni par la Maison départementale de l'autonomie



Demande relative à l'emploi et à l'orientation professionnelle

- un curriculum vitae
- les coordonnées de la médecine du travail
- les documents relatifs à la situation par rapport à l'emploi (contrat de travail, d'apprentissage, lettre de licenciement, etc.).

Si vous êtes inscrit à Pôle Emploi

- tout document justifiant de cette inscription ;

Demande de Prestation de compensation du handicap (PCH) ou renouvellement de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)

- un relevé d'identité bancaire ou postal
- le dernier avis d'imposition (Copie recto/verso)
- l'attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant)
- l'attestation de l'attribution d'une Majoration tierce personne (MTP) : pension d'invalidité, vieillesse, rente accident du travail
- un justificatif de fonction élective (le cas échéant)

Uniquement pour la demande d'aménagement du véhicule

- la copie recto/verso du permis de conduire portant les mentions liées à l'aménagement du poste de conduite
- un devis

Uniquement pour les demandes d'aides techniques / de charges spécifiques ou exceptionnelles

- un devis

Uniquement pour les demandes d'aménagement du logement

- deux devis

NB : Il ne faut jamais faire l'acquisition d'une aide technique, ni réaliser l'aménagement d'un véhicule ou d'un logement avant le dépôt de la demande à la Maison départementale de l'autonomie.

L'aide ménagère ne peut être prise en charge au titre de la prestation de compensation du handicap.

INFORMATIONS PRATIQUES

- Seul le demandeur ou son représentant légal, le cas échéant, est habilité à remplir le dossier de demande. **Ne pas omettre de dater et de signer le formulaire à la page 8**
- Merci de nous informer, par écrit, de tout changement de situation vous concernant (adresse, situation familiale, etc.) **en nous envoyant copie des justificatifs de ce changement**
- Conserver si besoin une copie de votre dossier
- **Conserver les notifications de décisions comme justificatifs d'accès aux droits sans limite de durée**

Maison départementale de l'autonomie

Centre Jean Monnet

12 quai de Bootz

CS 21429

53014 LAVAL CEDEX

Tél. : 02 43 677 577 - Fax : 02 43 59 96 40

Mail : mda@lamayenne.fr

« Nous sommes là pour vous aider »

NOTICE EXPLICATIVE

DU FORMULAIRE DE DEMANDE(S)

auprès de

LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

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 la Maison départementale de l'autonomie qui seront en mesure de vous informer sur les différentes prestations (Tél.: 02 43 677 577).

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 de l'autonomie
Centre Jean Monnet
12 quai de Bootz
CS 21429
53014 LAVAL cedex**

Horaires d'ouverture de la Maison départementale de l'autonomie :

Du lundi au jeudi : 9h - 12h30 / 13h30 - 17h

Le vendredi : 9h - 16 h

Plan d'accès



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 Maison départementale de l'autonomie (MDA).

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 pluridisciplinaire de la MDA.

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 MDA 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
- 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 élévatrice, 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 UTILISES 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
PC ou 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
CAMPS	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CLIS	CLasse d'Intégration Scolaire
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
SAAAI	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
SSAD	Service de Soins et d'Aide à Domicile
SSEFIS	Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire
UPI	Unité pédagogique d'intégration

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

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 :	_____	_____

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

☐ **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)

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

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 :

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'activitédu : au : ☐ un revenu issu d'une activité en ESATdu : au : ☐ des indemnités journalières de la Sécurité socialedu : 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 :

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

Certificat médical

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



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

Date :

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 : kg Taille : cm

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	Suivis pluridisciplinaires :	Modalité de suivi
Ergothérapeute		CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
Infirmière		CMP (Centre Médico Psychologique)	
Kinésithérapeute		CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
Orthophoniste		Hôpital de jour	
Orthoptiste		Autre	
Psychologue			
Psychomotricien			
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 / Élimination :	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

Mètres

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

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

	A	B	C	D	NSP
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 :



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...) :

La personne sait-elle :

Oui

Non

NSP

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

A B C D NSP

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

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



cerfa
15695*01

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

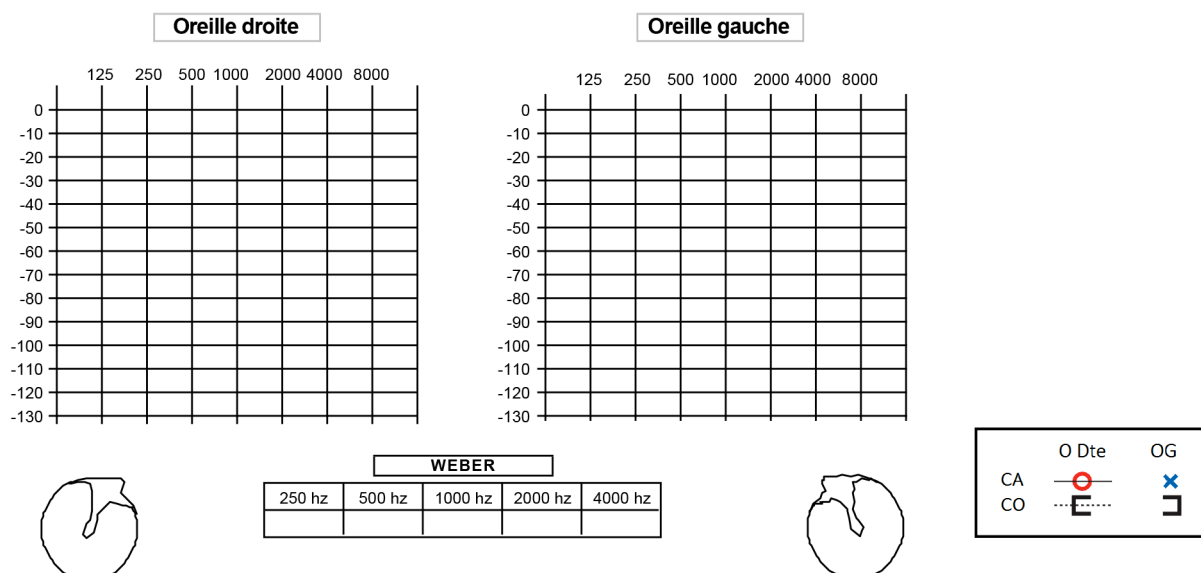
3 - Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

À le

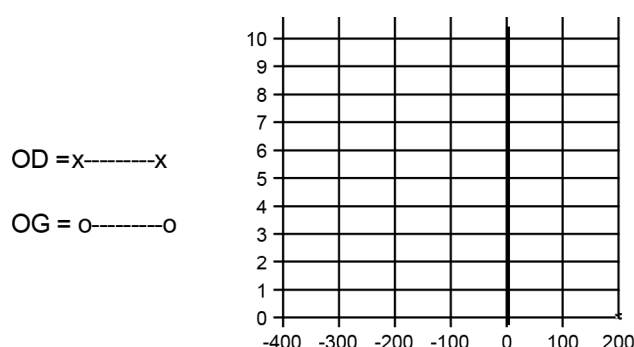
Cachet

Signature :

Audiométrie

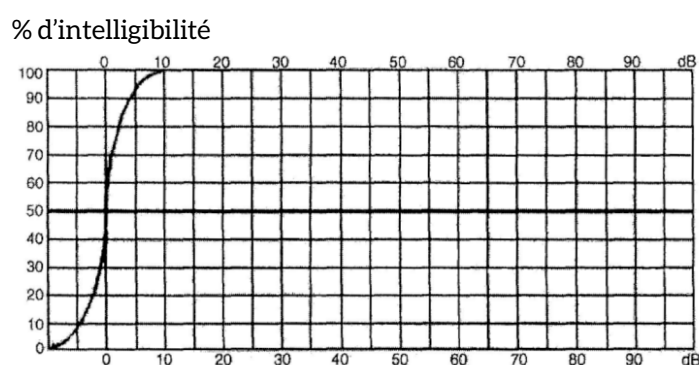


Tympanogramme



Test de Fournier

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



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



cerfa
15695*01

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

• Cécité nocturne ☐ Oui ☐ Non

• Diplopie ☐ Oui ☐ Non

• Présence d'hallucinoïses ☐ Oui ☐ Non

• Photophobie ☐ 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 ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - La reconnaissance des visages à 1 m ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Utilisation du téléphone et appareils de communication ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements intérieurs ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements extérieurs ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |

• Nécessité d'aides techniques spécialisées ? (optique, canne blanche, autres...) ☐ Oui ☐ Non

Préciser :

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ? ☐ Oui ☐ Non

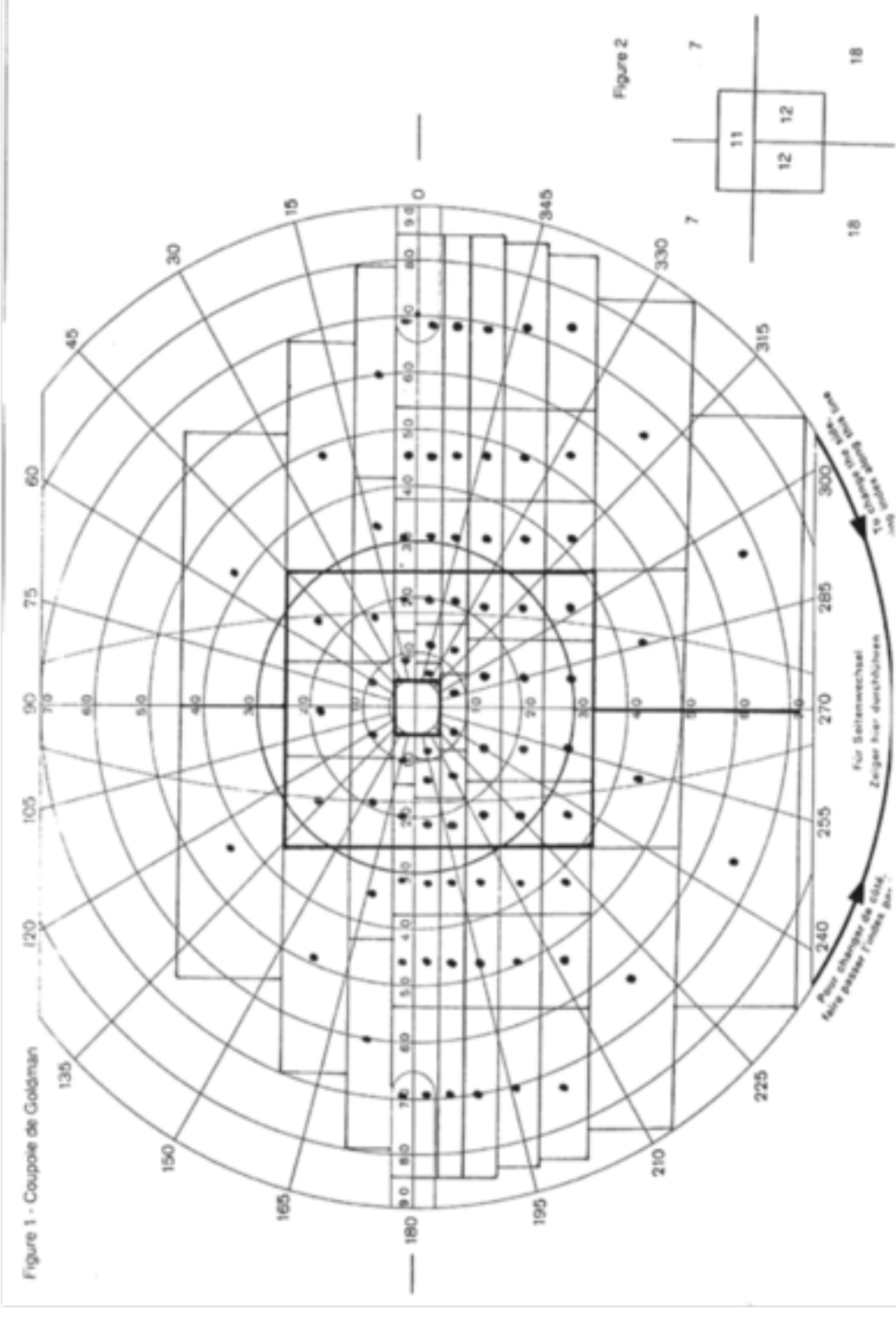
• Autres difficultés :

À le

Cachet

Signature :

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



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