

MDPH 95
Pôle Info Handicap
Conseillères handicap

Le nouveau dossier MDPH

NOUVEAU FORMULAIRE

IMPACT :

« Innover pour Moderniser les Processus MDPH pour l'Accès à la Compensation sur les Territoires »

Suite à une expérimentation pilotée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), un nouveau formulaire cerfa est aujourd'hui déployé sur le territoire national pour toutes les MDPH.

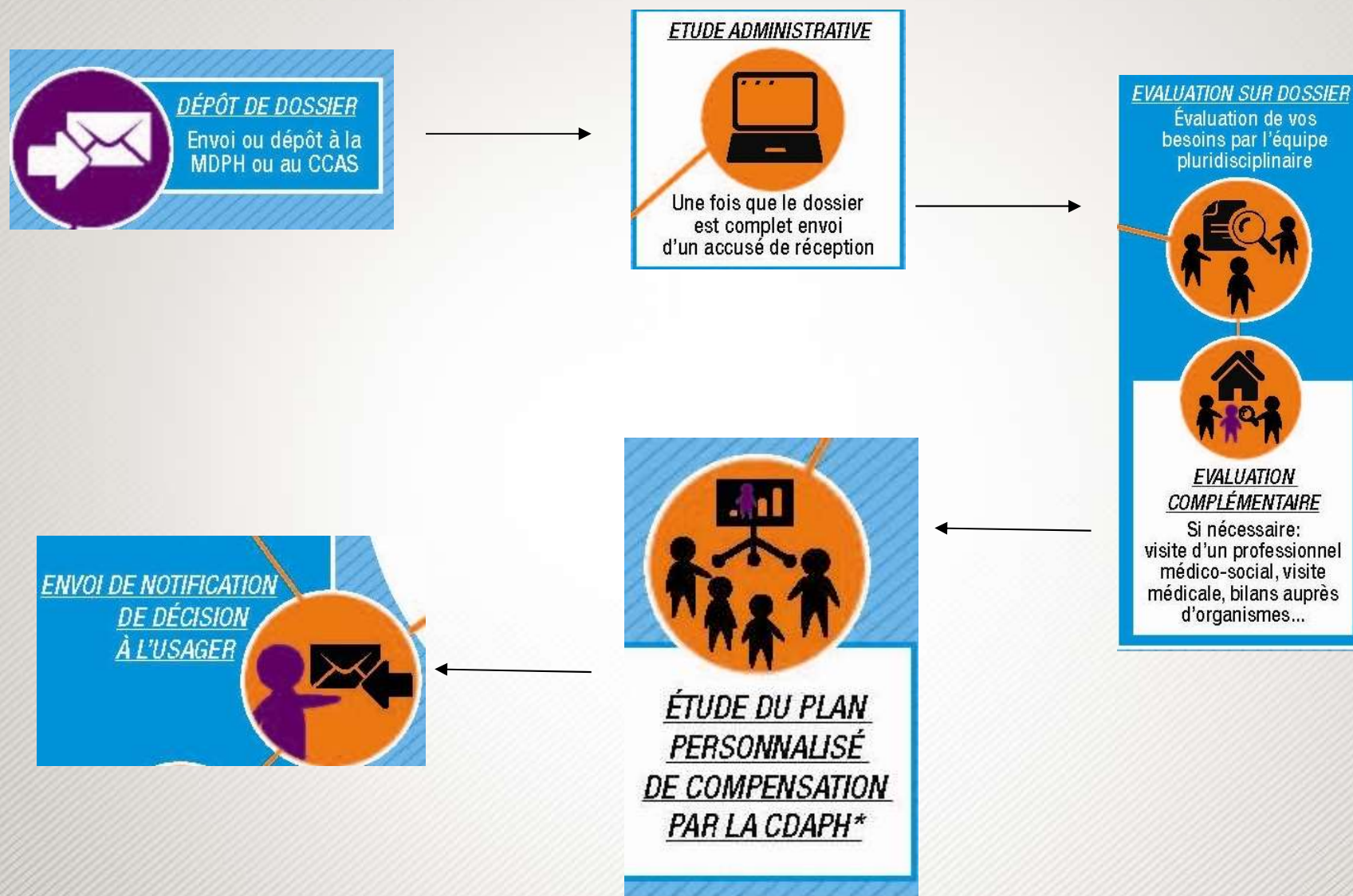
Ce formulaire vise à **simplifier** et **personnaliser le parcours des usagers** ainsi qu'à renforcer la qualité de la prise de décision et l'égalité de traitement sur le territoire.

L'arrêté du 5 mai 2017 met en place le nouveau formulaire rendu **obligatoire à compter du 1^{er} mai 2019.**

SOMMAIRE

1. **CIRCUIT DE TRAITEMENT D'UN DOSSIER**
2. **CONSTITUTION D'UN DOSSIER : Les documents**
3. **CONSTITUTION D'UN DOSSIER : Les bonnes pratiques**
4. **NOUVEAU FORMULAIRE**
5. **VOLET A : Identification**
6. **VOLET B : Vie quotidienne**
7. **VOLET C : Scolarisation**
8. **VOLET D : Situation professionnelle**
9. **VOLET E : Expression de demande**
10. **VOLET F : Aidant Familial**
11. **Certificat Médical**
12. **Les AUTRES documents indispensables**

CIRCUIT DE TRAITEMENT D'UN DOSSIER



CONSTITUTION D'UN DOSSIER : LES DOCUMENTS

Formulation demande → Formulaire + Pièces administratives obligatoires

Formulaire de demande

Certificat médical de moins d'un an daté, signé et tamponné



Justificatif d'identité en cours de validité et justificatif de domicile de moins de 6 mois

2021 - nouveau dossier MDPH - PIH

Si mesure de protection joindre également le jugement

Certificat médical

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)

**Identification du médecin
obligatoire (avec le numéro
RPPS)**

**DATE, SIGNATURE ET
CACHET DU MEDECIN**

CONSTITUTION D'UN DOSSIER : BONNES PRATIQUES

DOSSIER COMPLET DES LE DEPART



SANS RATURES



ECRIRE EN MAJUSCULE ET DE MANIÈRE LISIBLE



ECRIRE AU STYLO NOIR



NE PAS JOINDRE DE PHOTO



NE PAS JOINDRE DE PHOTO / CD ROM / IRM /
RADIO / SEULEMENT LE COMPTE RENDU



PAS D AGRAFE



DIRE A L USAGER DE NE PAS FOURNIR LES
DOCUMENTS INUTILES



PHOTOCOPIES LISIBLES



FORMAT A4



NOUVEAU FORMULAIRE

Un formulaire revu selon 5 grands principes

1. Remettre l'utilisateur en position d'expression de ses attentes au regard de sa situation

- L'utilisateur ne doit plus déterminer lui-même les prestations pouvant répondre à ses besoins ;
- C'est à la MDPH de composer un ensemble de prestations adaptées aux besoins de l'utilisateur.

2. Guider l'expression du besoin ressenti et des attentes tout au long du document

4. Permettre également, comme dans les anciens formulaires, de demander des droits et prestations (caractère hybride du formulaire)

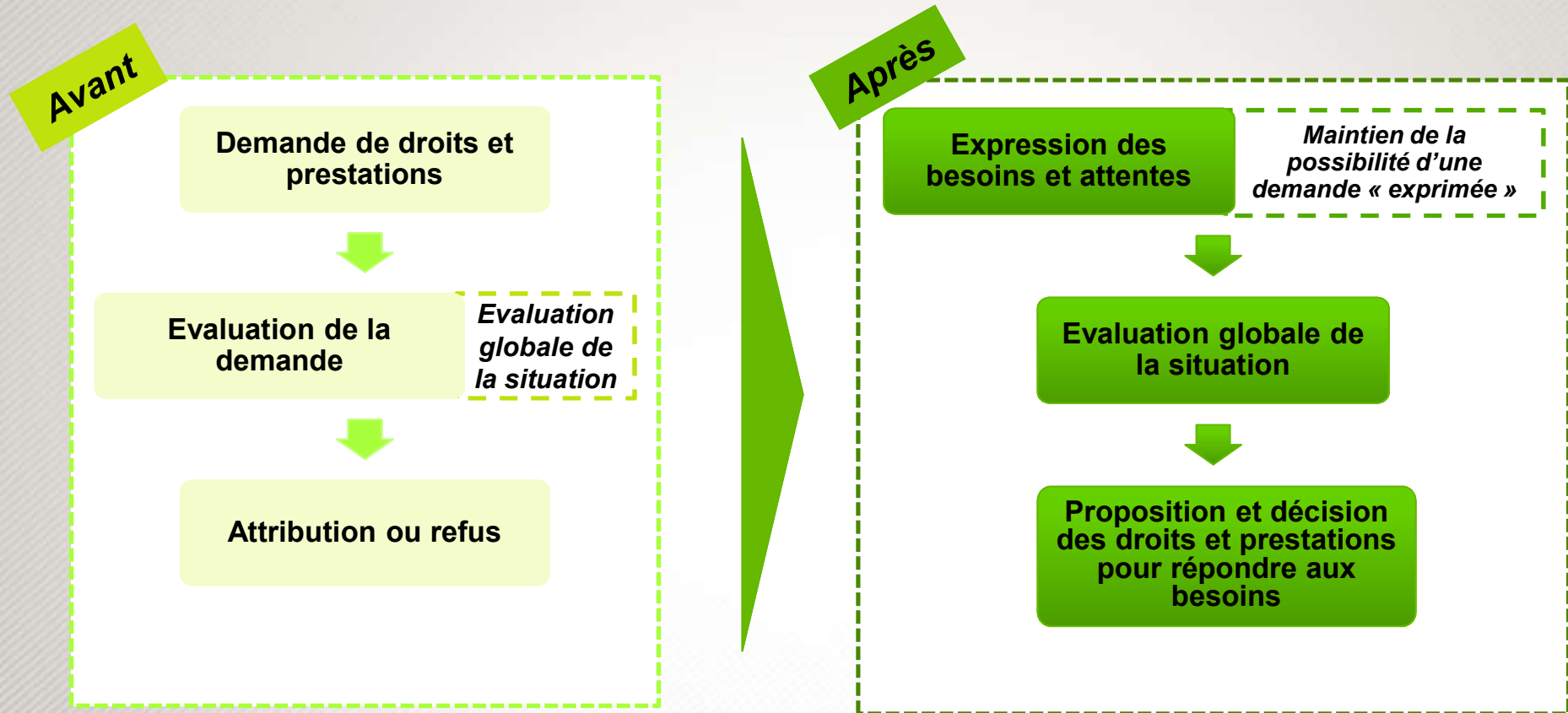
3. Organiser le formulaire autour d'un socle commun et 2 trajectoires facultatives

- Vie quotidienne (socle commun) ;
- Vie scolaire et étudiante (facultatif) ;
- Situation professionnelle (facultatif).

5. Permettre aux aidants d'apporter des informations complémentaires les concernant

NOUVEAU FORMULAIRE

Le nouveau formulaire a été refondu selon les principes suivants :



- **Expression d'une demande** de droit et prestation spécifique cochée dans le dossier
- **Expression des besoins et attentes** en complétant les diverses rubriques de ce formulaire.

PLUSIEURS VOILETS POUR L'EXPRESSION DES BESOINS ET DES ATTENTES



QUESTIONS

DEMANDE À LA MDPH

Article R145-36 du code de l'action sociale et des familles
La MDPH, c'est le Maiton départemental des personnes handicapées.
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.
Ce formulaire se dépose progressivement sur le territoire national entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} mai 2019.
À cette date, il ne sera plus délivré et remplacé par le formulaire Cerfa 15782*01.



À qui s'adresse ce formulaire ?

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.

Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.
Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection, son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

**Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.
En fonction des conditions prévues par la réglementation, vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :**

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments	Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)
Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments	Projet personnalisé de scolarisation - parcours et aides à la scolarisation
Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité) de priorité et de stationnement pour personnes handicapées	Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle
Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Prestation de compensation du handicap (PCH)	Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Que dois-je remplir ?

- C'est ma première demande à la MDPH Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E
- Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé
- Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits
- Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire
- Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins Votre aidant familial peut remplir la partie F

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : N° de dossier : 2021 - nouveau dossier MDPH - P11

**Selon la situation, cocher et compléter les volets correspondants
Pour les renouvellement volet B fortement conseillé**

**Indiquer le numéro de votre dossier dans le 95 ou dans un autre département
Indiquer si le transfert a été demandé ou non**

À compléter obligatoirement pour toutes les demandes

Volet A: Identité de la personne

A Votre identité

A1 Identité de l'enfant ou de la personne

Sexe : Homme Femme

Nom de naissance : Nom d'épouse ou d'usage :

Prénoms : Date de naissance : / /

Nationalité : Française Espace Economique Européen ou Suisse Autre

Commune de naissance : Département :

Pays de naissance : France Autre, précisez :

Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France : / /

Complément d'adresse (si besoin, précisez le nom de la personne qui vous héberge) :

Adresse (numéro et rue) :

Code postal : Commune : Pays :

Téléphone : Adresse e-mail :

Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? E-mail Appel téléphonique SMS Courrier

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

Organisme payeur de prestations familiales/RSA : CAF MSA Autre N° d'allocataire :

Organisme d'assurance maladie : CPAM MSA RSI Autre (précisez) :

Votre numéro de Sécurité Sociale : / /

Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer son numéro de sécurité sociale : / /

A2 Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle (pour les mineurs)

Qui exerce l'autorité parentale : Parent 1 ou représentant légal 1 Parent 2 ou représentant légal 2

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse (numéro et rue) :

Complément d'adresse :

Code postal : Commune :

Pays : Téléphone :

Adresse e-mail :

En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale

2020 Nom Prénom

Attention à l'orthographe. Si le nom est composé, reprendre les noms dans l'ordre indiqué sur la pièce d'identité

Ecrire l'adresse complète et préciser si le demandeur est hébergé

Il est important d'indiquer une adresse mail valide. Attention le contact par SMS n'est pas possible pour le moment

Pour toute demande AAH, AEEH, AGAV, CPR, indiquer votre numéro CAF/MSA si vous avez un compte

Pour un enfant, indiquer le numéro de sécurité sociale du parent sur lequel il est rattaché, ainsi que le numéro sécurité sociale de l'enfant

Bien indiquer, si possible, les coordonnées des 2 parents. En cas de séparation, fournir si possible les justificatifs de domicile respectifs

Préciser si le numéro de téléphone est celui de l'autorité parentale ou du tuteur. Attention de bien indiquer un numéro valide.

Lors de la présence de trombone dans le formulaire: joindre les documents nécessaires

Diapositive 14

GC1

Rappel circuit CMI

GATOUILLAT CELINE; 06/03/2019

A Votre identité

Renseignements obligatoires

A3 Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH
Vous acceptez que nous contactons ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

Nom de l'association (si pertinent)

Nom et prénom de la personne

Complément

Préciser les coordonnées de la personne qui vous a aidé à remplir le dossier

A4 Vous bénéficiez d'une mesure de protection

Type de mesure de protection (tutelle, curatelle, conseil de famille, habilitation familiale)

Nom de l'organisme (si pertinent)

Nom de la personne

Date de naissance

N° et rue

Complément d'adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Adresse e-mail

Représentant légal 1

Représentant légal 2 (le cas échéant)

A5 Vous pensez être dans une situation nécessitant un traitement rapide de votre demande

Merci de cocher si vous pensez être dans une des situations suivantes :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vous n'arrivez plus à venir chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous | <input type="checkbox"/> Vous risquez rapidement de perdre votre travail |
| <input type="checkbox"/> Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir | <input type="checkbox"/> Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation |
| <input type="checkbox"/> Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement | Date d'entrée prévue : / / |

Expliquez la difficulté :

.....
.....

Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc...).

Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance :

.....
.....

À compléter pour toutes les demandes

A

Documents à joindre
obligatoirement à votre demande

Renseignements obligatoires



- Un certificat médical de moins de 6 mois prévu pour les demandes MDPH
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal (Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (Pour les enfants, joindre le justificatif de domicile du représentant légal ; pour les personnes hébergées par un tiers : justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :

**À compléter
obligatoirement pour
toutes les demandes**

**Pièces obligatoires à fournir
lors du dépôt de dossier**

Le : / /

Signature :

- Signature :
- De la personne concernée
 - De son représentant légal
 - Des deux parents (pour les mineurs)

J'accepte, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-16 du code de l'action sociale et des familles.

Je n'accepte pas que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants :

- Renouvellement d'un droit ou d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas évolué.
- Reconnaissance des conditions nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de l'aidant d'une personne handicapée.
- Attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).
- Situation d'urgence.

Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçu(e) par la CDAPH.

Les informations que vous donnez sont confidentielles. La loi vous donne le droit d'être reçu par la CDAPH. La CDAPH, c'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Créée par la loi 2005-102 du 11 février 2005, elle prend les décisions d'attribution des droits aux personnes avec un handicap sur la base de l'évaluation et des propositions de la MDPH. **Une évaluation approfondie va maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous recontactera si nécessaire. Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.**

* Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications exactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des règles réglementaires en vigueur.

Vous recevrez par courrier
une réponse à votre
demande dans environ **4 Mois**

M.D.P.H.
Formulaire de demande

MDPH

Accueil physique :

Accueil téléphonique :

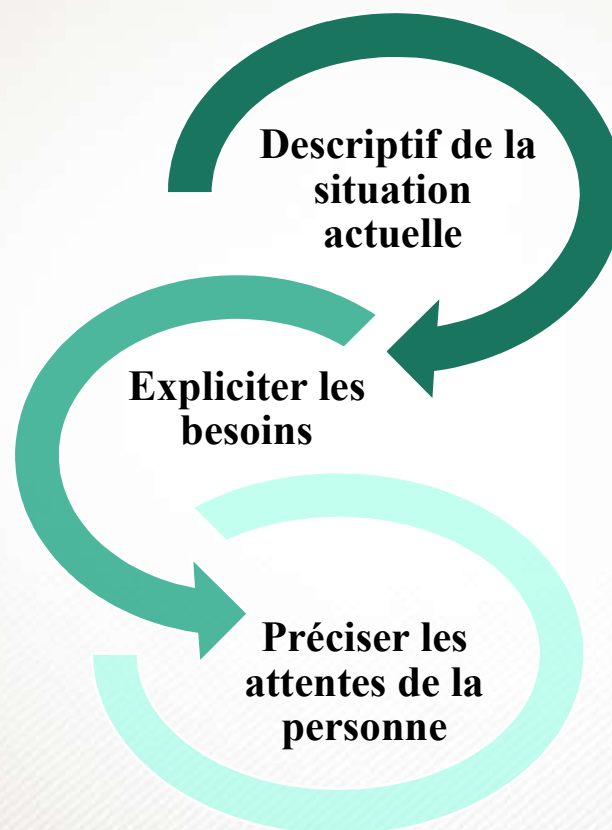
Signature et date obligatoire
Sans mesure de protection, le
demandeur de 18 ans ou plus doit signer

**L'utilisateur accepte une prise de contact par
les équipes de la MDPH dans le cadre de
l'évaluation de sa demande**

QUESTIONS

POUR TOUS LES VOILETS

Les volets B,C et D du dossier s'articulent autour de 3 parties :



B Votre vie quotidienne

Volet essentiel dans la définition des besoins et des attentes

VOLET B: la vie quotidienne

B1 Votre vie quotidienne

Vous vivez : Seul(e) En couple Avec vos parents (ou l'un d'entre eux) Avec vos enfants (ou l'un d'entre eux)

Autre situation, précisez : _____

Où vivez-vous ?

Vous avez un logement indépendant et vous êtes : propriétaire locataire

Dans un établissement médico social ou de soins (préciser le nom, le type et le lieu) _____

Autre situation, précisez : _____

Vous êtes hébergé(e) au domicile (pensez à indiquer son nom et son adresse dans le bloc A1) :

De vos parents (ou l'un d'entre eux) De vos enfants (ou l'un d'entre eux)

D'un(e) ami(e) D'un autre membre de votre famille D'une famille d'accueil

Avez-vous déjà eu ? Un accident causé par un tiers Un accident du travail

Un autre accident, précisez : _____

Suite à cet accident y a-t-il une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti ? Oui Non

Si oui, auprès de quel organisme : _____

Aide financière et ressources

Vous recevez les aides, ressources et/ou prestations suivantes :

Allocation aux adultes handicapés (AAH) Revenu de solidarité active (RSA)

Allocation chômage versée par Pôle Emploi Allocation de solidarité spécifique (ASS)

Dans les 12 mois précédant votre demande, avez-vous perçu :

Un revenu d'activité Des indemnités journalières

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

Pension d'invalidité : 1^{re} catégorie 2^e catégorie 3^e catégorie depuis le : / /

Autres pensions de ce type : (pension des claw tiers, d'incapacité, etc...) _____

Majoration bioco personne Allocation supplémentaire d'invalidité

Rente d'accident ou maladie professionnelle Prestation complémentaire de secours à terres pensionnés

Retraite pour incapacité dans la fonction publique ou retraite anticipée depuis le : / /

Taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) : %

Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité

Copie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

Pension de retraite Vous êtes retraité(e) depuis le / /

Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées)

Vous avez demandé une pension de retraite

Vous êtes bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

B1 vie quotidienne actuelle

B2: exposer les besoins

B3: attentes de la personne

Personnes en invalidité, préciser la catégorie et fournir la notification

Fournir la notification de l'APA avec le GIR

Nom

Prénom

2021 - nouveau dossier MDPH - PIH

19

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

<input type="checkbox"/> Aide technique, matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Aménagement de logement	<input type="checkbox"/> Aménagement de véhicule	<input type="checkbox"/> Aides animales
	<input type="checkbox"/> Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur...		
	<input type="checkbox"/> Autres :		
<input type="checkbox"/> Aide à la personne (avec quelqu'un qui aide)	<input type="checkbox"/> Votre famille	<input type="checkbox"/> Professionnel de soins à domicile	
	<input type="checkbox"/> Un accompagnement médico-social		
	<input type="checkbox"/> Autres :		

Préciser les aides dont vous bénéficiez actuellement

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? Oui Non

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : heures par semaine.

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : heures.

Si vous travaillez à temps partiel, veuillez préciser la quotité : %.

Frais liés au handicap et restant à charge

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

Joindre l'avenant au contrat de travail ou justificatifs de frais

B2 Vos besoins dans la vie quotidienne

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.

Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parent(s) ;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoin pour la vie à domicile	
<input type="checkbox"/> Pour régler les dépenses courantes (loyer, énergie, habillement, alimentation...)	<input type="checkbox"/> Pour faire les courses
<input type="checkbox"/> Pour gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives, assurances, impôts...)	<input type="checkbox"/> Pour préparer les repas
<input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)	<input type="checkbox"/> Pour prendre les repas
<input type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...)	<input type="checkbox"/> Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements
<input type="checkbox"/> Autre besoin, préciser :	<input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

Cette partie correspond à l'expression des besoins ressentis par le demandeur. Une évaluation approfondie sera réalisée par la MDPH

B Vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

Besoin pour se déplacer

<input type="checkbox"/> Pour se déplacer dans le domicile	<input type="checkbox"/> Pour utiliser un véhicule
<input type="checkbox"/> Pour sortir du domicile ou y entrer	<input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun
<input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur du domicile	<input type="checkbox"/> Pour partir en vacances

Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer ? Oui Non

Autre situation, préciser : _____

Besoin pour la vie sociale

<input type="checkbox"/> Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre	<input type="checkbox"/> Pour s'occuper de sa famille
<input type="checkbox"/> Pour avoir des activités sportives et des loisirs	<input type="checkbox"/> Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative...)
<input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres	<input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité

Autre besoin, préciser : _____

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

<input type="checkbox"/> Vivre à domicile	<input type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer	<input type="checkbox"/> Un accueil temporaire en établissement
<input type="checkbox"/> Vivre en établissement	<input type="checkbox"/> Du matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Une aide animalière
<input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie	<input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées au handicap	<input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne
<input type="checkbox"/> Une aide humaine : quelqu'un qui aide	<input type="checkbox"/> Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D)

Autre attente, préciser : _____

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil, d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos attentes ? Oui Non

Si oui lequel / lesquels : _____

Êtes-vous en contact Oui Non

Êtes-vous en contact Oui Non

Nom : _____ Prénom : _____ 7/20

Cette partie correspond à l'expression des attentes du demandeur

Fournir une copie recto-verso du permis de conduire délivrée par la Préfecture indiquant les codes d'aménagement de votre véhicule si poste de conduite à aménager

En cas d'attente d'aide technique, effectuer au préalable une demande auprès de la mutuelle

Attention, la MDPH ne finance pas d'aide ménagère, pas d'aide à la parentalité et ne propose pas d'aides financières pour les dépenses courantes (exemple : loyer, énergie..)

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie quotidienne, indiquez les ici :

**Libre expression de la personne
qui définira ses attentes et ses
besoins en fonction de sa
situation de handicap. Cette
partie peut être rédigée sur
papier libre ou traitement de
texte**

- Merci de joindre si possible les documents justificatifs suivants. Ils sont nécessaires à l'évaluation de votre situation et faciliteront le traitement de votre demande :
- Justificatifs, factures ou devis en votre possession concernant les frais évoqués en B1 et B3
 - En cas de réduction d'activité professionnelle pour la prise en charge de l'enfant en situation de handicap : Contrat de travail, bulletin de salaire, ou attestation de l'employeur justifiant la réduction du temps de travail ou le temps de travail effectif du ou des parents
 - En cas d'emploi rémunéré d'une tierce personne : Attestation d'emploi, contrat de travail, déclaration URSSAF, facture d'un service à domicile, précisant le nombre d'heures d'aide humaine
 - En cas d'attribution d'une pension de retraite ou d'une pension d'invalidité avec Majoration tierce personne, ou d'une rente accident du travail/maladie professionnelle avec prestation pour recours à une tierce personne, joindre une copie du justificatif

**Pour un enfant : les parents
préciseront leur situation
personnelle et professionnelle**

QUESTIONS

Ce volet concerne la scolarité

VOLET C : Parcours de scolarisation

C1 Situation scolaire

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :

- En milieu ordinaire
- A domicile
- Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social
- En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile
- En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire
- En formation supérieure

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

Depuis le : ____ / ____ / ____

Autre, précisez :

Si l'enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale ? Oui Non

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

- Il est trop jeune
- Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social

A partir de quand sera-t-il scolarisé ?

Préciser :

Autre, précisez :

Préciser si l'enfant est en famille d'accueil

Si vous êtes étudiant ou en apprentissage :

Type d'études :

Diplôme(s) obtenu(s) :

Diplôme(s) préparé(s) :

Nom de l'établissement :

Rue :

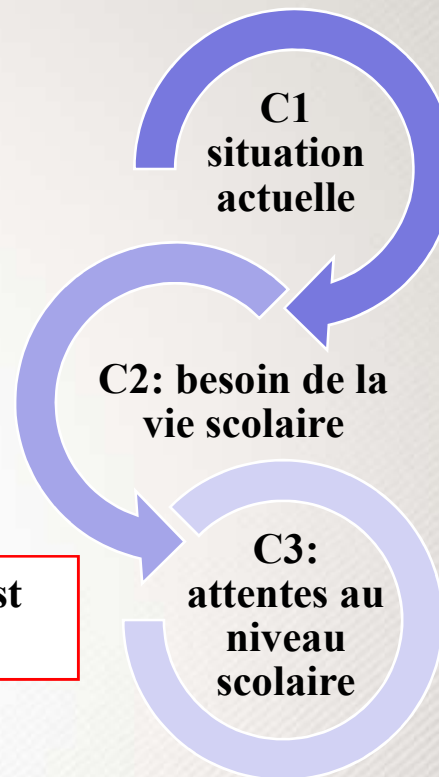
Ville :

Depuis le : ____ / ____ / ____

Nom :

Prénoms :

9/20





Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Etablissement(s)

Vous disposez actuellement d'accompagnements ou de soins :

Soins hospitaliers Soins en libéral

Autre, préciser :

Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :

Aménagements et adaptations pédagogiques Outils de communication Matériel informatique et audiovisuel

Matériel déficience auditive Matériel déficience visuelle Mobilier et petits matériels

Transport

Autre, préciser :

Vous disposez actuellement d'une aide humaine aux élèves handicapés :

Si oui, préciser laquelle :

Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux...) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soirée/nuit							

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

C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.
Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoins en lien avec les apprentissages

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

Autre, préciser :

Besoins pour communiquer

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

Autre, préciser :

Besoins pour l'entretien personnel

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

Autre, préciser :

Besoins pour se déplacer

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

Autre, préciser :

Nom : Prénom : 11/20

Cette partie correspond à l'expression des besoins ressentis par le demandeur. Une évaluation approfondie sera réalisée par la MDPH

C3 Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

- Une adaptation de la scolarité
- Une orientation scolaire différente
- Une aide humaine
- Une aide matérielle
- Autre, préciser :
- Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation
- Une prise en charge par un établissement sans hébergement
- Une prise en charge par un établissement avec hébergement

Préciser le type de scolarité :
ULIS, SEGPA..

Préciser le type d'aide
matérielle (ordinateur,
scanner..)

Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire, universitaire ou médico-social qui pourrait répondre à vos attentes ? Si oui, lequel ?

Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ? Oui Non

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le «GEVASco». Le GEVASco, c'est un guide de recueil de données que vous remplissez avec le directeur d'établissement (première demande) ou l'enseignant référent (réexamen). Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.

Pour les enfants scolarisés joindre impérativement le formulaire GEVASco pour toute demande de renouvellement d'aide pour la scolarisation et si possible pour toute première demande à ce propos.

Pour toute demande il faut fournir si possible le GEVASCO (sauf pour une 1^{ère} scolarité à 3 ans)

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre enseignant référent, indiquez pourquoi :

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie scolaire, étudiante ou apprentissage, indiquez-les ici :

Libre expression de l'étudiant ou des parents. Vous pouvez rédiger cette partie sur papier libre ou traitement de texte

QUESTIONS

D Votre situation professionnelle

D1 Votre situation

Vous avez un emploi depuis le : / /

En milieu ordinaire En entreprise adaptée
 En milieu protégé (Établissements et services d'aide par le travail - ESAT) Temps partiel

Si temps partiel, fournir une copie du contrat de travail

Est-il adapté à votre handicap ? Oui Non, préciser : / /

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap ? / / / / / /

Vous bénéficiez ou avez bénéficié d'un accompagnement pour conserver votre emploi :

Par un service de santé au travail Par le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)

Fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin de santé au travail ou dernière fiche de visite médicale auprès du médecin de santé au travail

Des aménagements ont été réalisés sur votre poste de travail. Préciser lesquels : / / / / / /

Vous êtes actuellement en arrêt de travail depuis le : / /

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

Avez-vous rencontré un professionnel du service social de votre caisse de retraite ? Non Oui, le : / / / /

Avez-vous rencontré le médecin de santé au travail en visite de pré-reprise ? Non Oui, le : / / / /

Ce volet concerne la situation professionnelle. A compléter si le demandeur est âgé de 16 ans ou plus

Si le demandeur est en emploi

Si le demandeur est en arrêt de travail

VOLET D : Situation professionnelle

D1 situation actuelle

D2: parcours professionnel

D3: projet professionnel



Vous êtes sans emploi depuis le : / /

Avez-vous déjà travaillé ? Oui Non

Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes actuellement sans emploi :

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

Votre situation :

Inscrit(e) à Pôle Emploi

En formation continue. Préciser :
.....

Étudiant(e) (dans ce cas compléter également la partie C)

Depuis le : / /

Accompagnement vers l'emploi réalisé par :

Mission locale Cap emploi Pôle Emploi Un référent RSA désigné par le Conseil Départemental

Autres, précisez :

Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?

Aides de l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)

Aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou d'une orientation professionnelle valant RQTH (orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées vers un ESAT, vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle - CRP) ? Oui Non

Si le demandeur est sans emploi



D2 Votre parcours professionnel

Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

Année(s)	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Temps plein ou partiel	Motif de fin d'activité
Exemple : 1998	Hôtesse de caisse	E leclerc	Temps partiel	Fin du CDD
6 mois				

Votre niveau de qualification :
 Primaire Secondaire Supérieur
 Dernière classe fréquentée :

Vos formations :
 Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), précisez laquelle / lesquelles :

Diplômes obtenus :
 Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

Si vous avez déjà effectué un bilan (compétences, module d'orientation professionnelle - MOP, pré-orientation...), précisez l'année et l'organisme :

Nom : Prénom : 15/20

Possibilité de joindre le CV

Cette partie remplace la fiche de parcours professionnel

D3 Votre projet professionnel

Avez-vous un ou plusieurs projet(s) professionnel(s) ?

Si oui, le(s)quel(s) :

Text area for professional project details.

Avez-vous besoin d'un soutien pour :

- Faire un bilan de vos capacités professionnelles
- Accéder à un emploi
- Préciser votre projet professionnel
- Accéder à une formation
- Adapter votre environnement de travail

Avez-vous éventuellement déjà identifié une structure qui pourrait répondre à vos attentes? Si oui, laquelle :

Avez-vous déjà pris contact avec cette structure ? Oui Non

Autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre situation professionnelle :

Large text area for additional professional information.

Expression des difficultés freinant l'accès ou le maintien à l'emploi

QUESTIONS

CAS PRATIQUE

**Je m'appelle
Mr. Julien
j'ai 55 ans,
je suis
maçon**



**Je rencontre des
difficultés à me
déplacer et à
porter de charges
lourdes**

**Sur conseil de
la médecine du
travail, j'ai
complété un
dossier MDPH,
et j'ai joint
aussi ma fiche
d'aptitude avec
restriction**

Quels volets remplir ?



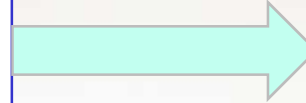
Est-ce l'expression ?

- **d'une demande ?**
- **des besoins et attentes?**

CAS PRATIQUE

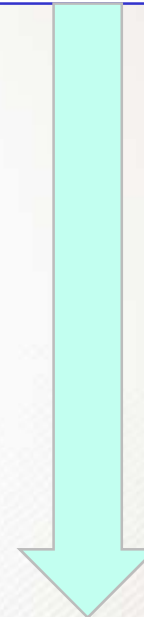
Réception du dossier de Mr. Julien

- Celui-ci a complété les parties A, B et D mais n'a pas complété la partie E (demande non cochée)
- → Expression des besoins et des attentes

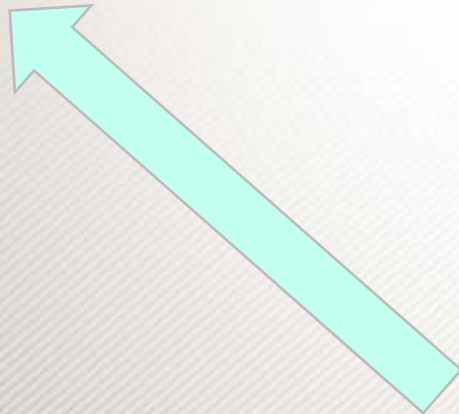


L'Equipe Pluridisciplinaire réalise une évaluation globale de la situation et propose:

- RQTH
- Orientation vers le marché du travail
- CMI priorité



Mr. Julien reçoit les notifications de décision par courrier



La commission (CDAPH) étudie les propositions et décide d'attribuer les droits préconisés par l'équipe pluridisciplinaire. Les notifications de décision sont envoyées à l'utilisateur.

Demandes exprimées

Volet E: Expression des demandes

E1 Demandes relatives à la vie quotidienne

Les droits et les prestations délivrés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sont soumis à certaines conditions, notamment liées à l'âge :

Vous avez moins de 20 ans :

- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments
- Prestation de compensation du handicap (PCH)
- Carte mobilité inclusion - Mention invalidité
(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité
- Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement
- Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Vous avez plus de 20 ans :

- Allocation aux adultes handicapés (AAH). Dans ce cas, compléter également la partie D.
La loi prévoit que la MDPH évalue le droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et à l'orientation professionnelle lorsqu'une demande d'AAH est formulée. (Sous certaines conditions, le droit à l'AAH peut être ouvert avant l'âge de 20 ans.)
- Complément de ressources
- Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) pour adultes
- Maintien en établissement ou service médico-social (ESMS) au titre de l'amendement Creton
- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (en cas de renouvellement ou de révision)
- Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) (en cas de renouvellement ou de révision)
- Prestation de compensation du handicap (PCH)
- Carte mobilité inclusion - Mention invalidité
(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité
- Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement
- Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Si vous avez identifié des droits et des prestations souhaités, vous pouvez cocher les cases.

Si vous n'avez pas identifié de droits ou vous en avez omis, l'équipe pluridisciplinaire pourra émettre des propositions d'ouverture de droit à la CDAPH en fonction des informations renseignées dans les différents volets.

E2 Demandes relatives à la vie scolaire

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

.....

.....

.....

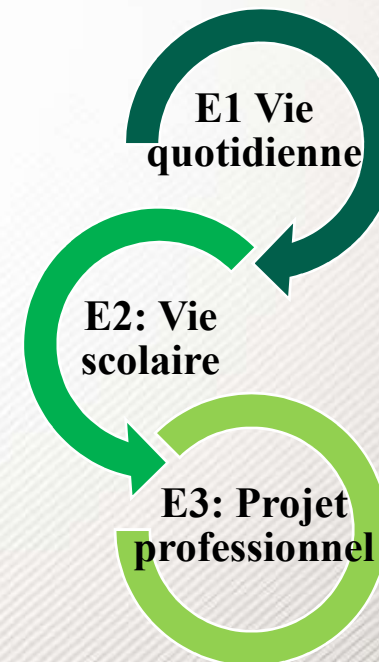
.....

.....

Nom :

Prénom :

2021 - nouveau dossier MDPH - PIH



E3 Demandes relatives au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle (Dans ce cas, compléter aussi la partie D)

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- Orientation professionnelle
- Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) ou Unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)
 - Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)
 - Marché du travail Avec accompagnement par le dispositif Emploi accompagné
- « Le dispositif emploi accompagné propose un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle du travailleur handicapé et à son employeur. Peuvent être bénéficiaires de ce dispositif les travailleurs handicapés :*
- ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
 - accueillis dans un établissement ou service d'aide par le travail ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
 - déjà en emploi en milieu ordinaire de travail, rencontrant des difficultés particulières pour sécuriser leur insertion professionnelle. »

Bénéficiez vous de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) ?

Dans ce cas il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH car l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés vaut RQTH.

Vous bénéficiez de l'OETH si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- Titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- Ancien militaire ou assimilé, titulaire d'une pension militaire d'invalidité à condition que votre invalidité ait réduit de deux tiers votre capacité de travail ou de gain ;
- Veuve ou orphelin de victime militaire de guerre ou de titulaire de pension militaire d'invalidité (sous certaines conditions) ;
- Titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;
- Titulaire de la carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité ;
- Titulaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Par ailleurs certaines orientations professionnelles valent RQTH. Ainsi, il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH si vous bénéficiez d'une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vers un Etablissement ou service d'aide par le travail (ESAT), vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP). »

Vous venez de formuler une demande de droits et prestations.

Conformément à la loi du 11 février 2005, l'équipe de la MDPH peut proposer à la décision de la CDAPH, sur la base de l'examen de votre situation et de l'expression de vos besoins, l'ouverture de droits complémentaires.

QUESTIONS

F Vie de votre aidant familial

Si vous

**A remplir
par l'aidant**

Volet F: L'aidant familial

Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à l'aidant familial de la personne en situation de handicap. L'aidant familial, c'est une personne de l'entourage qui aide la personne en situation de handicap au quotidien. Si plusieurs aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, remplissez une feuille pour chacun. Vous pouvez expliquer à la MDPH l'aide que vous apportez actuellement à la personne en situation de handicap et vous pouvez exprimer vos attentes et vos besoins.

F1 Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant :
Prénom de l'aidant :
Adresse de l'aidant :
Date de naissance : / /

Nom de la personne aidée :

Votre lien avec la personne en situation de handicap :
Vivez-vous avec la personne en situation de handicap : Non Oui, depuis le / /
Êtes-vous actuellement en emploi : Oui Non Réduction d'activité liée à la prise en charge de la personne aidée

Nature de l'aide apportée :

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

Qui participe avec vous à l'accompagnement de la personne aidée ?

- Un (des) professionnel(s) Un (ou plusieurs) autre(s) proche(s) Je suis le seul aidant du demandeur

Êtes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?

- Non Oui, préciser :

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ? Oui, laquelle :
 Non

Nom : Prénom : 1920

Situation de l'aidant

Nom du demandeur / personne aidée

Les parents ou l'aidant pourront préciser la réduction de leur temps de travail ou la cessation de leur activité (fournir un justificatif)



Si plusieurs aidant remplir un volet F par aidant

Mettre le nom et prénom du demandeur et non de l'aidant

Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

- Éloignement géographique (déménagement...)
- Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)
- Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...)
- Problème de santé
- Changement majeur dans la situation professionnelle
- Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...)

Autre, préciser : _____

F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

- Pouvoir vous reposer au quotidien
- Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin
- Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu
- Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances
- Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle
- Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux
- Obtenir une contrepartie financière
- Échanger avec d'autres aidants
- Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche
- Avoir un soutien psychologique
- Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche
- Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse

Autre, préciser : _____

Avez-vous éventuellement déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos attentes?
Si oui, lequel / laquelle : _____

Vous souhaitez mieux connaître les dispositifs et aides existants :

- Pour vous
- Pour la personne aidée

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer concernant votre vie d'aidant :

Signature de l'aidant : _____



Les 20 pages de ce formulaire doivent être obligatoirement adressées à la MDPH

L'aidant doit signer

CAS PRATIQUE

**Je suis Mr Dupont,
j'aide mon épouse
dans sa vie
quotidienne, je
travaille et j'ai
besoin de répit**



**Je suis Mme Dupont,
ma situation a évolué
et j'ai exprimé mes
besoins et mes attentes
dans le dossier MDPH.
J'en ai profité pour
demander un
renouvellement de mes
cartes**



Quels volets remplir ?



Est-ce l'expression ?

- **d'une demande ?**
- **des besoins et attentes?**

CAS PRATIQUE

Réception du dossier de Mme Dupont

- Celle-ci a complété les volets A, B, D et E (en cochant les demandes de CMI)
- Monsieur Dupont a complété le volet F
- → Expression des besoins et des attentes

L'Equipe Pluridisciplinaire réalise une évaluation globale de la situation et propose:

- Le renouvellement des cartes
- Et
- PCH aide humaine, technique, aménagement du logement et de véhicule



Mme DUPONT reçoit les notifications de décision.

La commission (CDAPH) étudie les propositions et décide d'attribuer les droits préconisés par l'équipe pluridisciplinaire. Les notifications de décision sont envoyées à l'utilisateur.

QUESTIONS

CAS PRATIQUE



Je suis Madame Martin, ma fille de 10 ans a des difficultés d'apprentissage.

Sur conseil de l'école j'ai complété un dossier MDPH afin de solliciter de l'aide et j'ai joint un GEVASCO

Quels volets remplir ?



Est-ce l'expression ?

- **d'une demande ?**
- **des besoins et attentes?**

CAS PRATIQUE

Réception du dossier de la fille de Mme. Martin

- Celle-ci a complété les volets A, B et C
- ➔ Expression des besoins et des attentes



L'Equipe Pluridisciplinaire réalise une évaluation globale de la situation et propose:

- Un projet personnalisé de scolarisation avec des aménagements pédagogiques et une AESH mutualisée



Mme Martin reçoit les notifications de décision pour sa fille.



La commission (CDAPH) étudie les propositions et décide d'attribuer les droits préconisés par l'équipe pluridisciplinaire. Les notifications de décision sont envoyées au représentant légal.

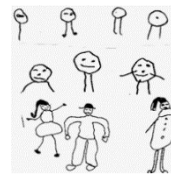
LES AUTRES DOCUMENTS A FOURNIR

- ✓ Lors d'un **renouvellement d'orientation en ESAT, en établissement ou service médico social** → fournir la synthèse de prise en charge.

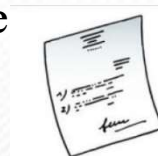


Pensez aussi au **dossier aide sociale**

- ✓ **Pour une demande de scolarisation** → fournir le GEVA-SCO et si besoin, la synthèse des éléments scolaires, bulletin de notes et copie de traces écrites) et bilan d'un psychologue



- ✓ **Pour une demande de prise en charge de soins pour un enfant** → fournir la prescription médicale et le (ou les) bilan(s) dont bilan d'un psychologue et le (ou les) devis mentionnant le nombre de séance



- ✓ **Pour une aide dans le cadre de la PCH** → fournir le (ou les) devis



LES AUTRES DOCUMENTS A FOURNIR



**Bien que non obligatoires,
ces pièces sont souvent indispensables dès la constitution du
dossier et concourent à réduire les délais de traitement de
vos demandes**

QUESTIONS

COORDONNÉES

maisonduhandicap@valdoise.fr

01.34.25.16.50 Ligne pour les usagers

01.34.25.16.90 Ligne pour les professionnels

www.mdph.valdoise.fr

www.mdph.valdoise.fr/demarches-en-ligne

Maison Départementale des Personnes Handicapées

2 Avenue du parc Bat H

CS 20201 CERGY

95 032 CERGY-PONTOISE cedex



Merci de votre attention

Conseil départemental du Val d'Oise
2 avenue du Parc
CS 20201 CERGY
95032 CERGY PONTOISE CEDEX

tél. : 01 34 25 16 50
fax : 01 34 25 37 44
maisonduhandicap@valdoise.fr
www.valdoise.fr

2021 - nouveau dossier MDPH - PIH


val
d'oise
le département

53


Comment faire une demande de CMI (carte mobilité inclusion) ?




C'EST VOTRE 1^{ère} DEMANDE DE CARTE

 Vous faites la demande de CMI* invalidité, priorité ou stationnement à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

 Vous remplissez le [formulaire Cerfa n°13788*01](#) et vous le déposez ou vous l'envoyez à la MDPH.

 Votre demande est étudiée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de la MDPH.


 Vous recevez un courrier du président du département qui décide de vous attribuer ou non la carte.

OU

VOUS AVEZ DÉJÀ UNE CARTE DE STATIONNEMENT, DE PRIORITÉ OU D'INVALIDITÉ


VOTRE CARTE VOUS A ÉTÉ ATTRIBUÉE À TITRE DÉFINITIF

Vous pouvez vous en servir jusqu'au 31 décembre 2026.

 6 mois avant le 31 décembre 2026, vous faites une demande de CMI* à la MDPH si vous souhaitez continuer à bénéficier des mêmes avantages qu'avant.

VOTRE CARTE A UNE DATE D'EXPIRATION

Vous pouvez vous en servir jusqu'à sa date d'expiration et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2026.

 6 mois avant sa date d'expiration, vous faites une demande de CMI* à la MDPH si vous souhaitez continuer à bénéficier des mêmes avantages qu'avant.

 Vous recevez un courrier qui vous demande d'envoyer une photo à l'imprimerie nationale. Vous recevez votre carte 5 jours après avoir envoyé votre photo.

2021 - nouveau dossier MDPH - PIH

La plateforme de téléservices Capdémat

La MDPH du Val d'Oise a mis en place un portail vous permettant de déposer vos demandes en ligne, et de suivre leur avancement.

Conçue pour simplifier la vie des usagers, des associations et des entreprises, cette plateforme innovante vous permet d'ouvrir un compte et de bénéficier de nombreux services en ligne, disponible sur Internet, 24h/24, à partir de n'importe quel support : ordinateur, tablette, smartphone.

<https://services-en-ligne.valdoise.fr/>

http://www.mdpvaldoise.fr/2270-mes-demarches-en-ligne.ht

Accueil Mes démarches en ligne - ...

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

cgatouil Galerie de composants... Sites suggérés

val d'oise le département MDPH

SITES ASSOCIÉS

MA MDPH LES PRESTATIONS ET ALLOCATIONS FAIRE UNE DEMANDE ME DOCUMENTER ANNUAIRE

ACCUEIL MDPH VALDOISE / FAIRE UNE DEMANDE / MES DÉMARCHES EN LIGNE

Mes démarches en ligne

✉ f t 🖨

Nouveauté 2018 : déposez et suivez vos demandes en ligne

La MDPH du Val d'Oise a mis en place (à titre expérimental) un portail vous permettant de déposer vos demandes en ligne, et de suivre leur avancement.

Pour cela, laissez-vous guider en téléchargeant le "pas-à-pas" disponible en cliquant [ici](#)

Accéder directement au portail en cliquant [ici](#)