

- Il est possible de le remplir en PDF Reader (en ligne) puis de l'enregistrer : ce qui est plus simple lors du renouvellement

- **Important** de noter maladies rares sur la page de garde



- Le numéro de dossier est à archiver surtout si il y a changement de département au cours de l'année

<https://www.mdp31.fr/ou-en-est-mon-dossier/> est le lien qui permet de voir l'évolution du dossier, quelques départements ne le font pas toujours.



cerfa N°15692*01

DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles
La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.
Ce formulaire se déploiera progressivement sur le territoire national entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} mai 2019.
À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13788*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

Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé

Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits

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

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 :

- On peut noter le référent, le travailleur social qui connaît votre situation, cela permettra à la MDPH d'avoir des informations supplémentaires si besoin



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

Un proche

Une association

Autre

Nom de l'association (si pertinent) :

Nom et prénom de la personne :

N° et rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse e-mail :

A4

Vous bénéficiez d'une mesure de protection

Type de mesure de protection
(tutelle, curatelle, curatelle renforcée,
habilitation familiale) :

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 :

Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous
risquez de ne plus arriver à vivre chez vous
Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre
école risque de ne plus pouvoir vous accueillir
Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas
retourner chez vous ou dans votre établissement

Vous risquez rapidement de perdre votre
travail
Vous venez de trouver un emploi ou vous
commencez bientôt une nouvelle formation

Date d'entrée prévue : / /

Expliquer la difficulté :

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

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

Nom :

Prénom :

3/20

Ces documents sont **obligatoires** pour bénéficier des aides financières, matérielles, humaines...

Eviter de demander une procédure simplifiée car pour les maladies rares et évolutives il y a malheureusement des changements constants de la prise en charge.



- 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 :

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

Signature :

J'accepte, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.

OU

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M.D.P.H.
Formulaire de demande

MDPH

Accueil physique :

Accueil téléphonique :

Pensez à bien préciser tous les moyens humains et matériels dont vous avez besoin au quotidien ainsi que les frais qui restent à votre charge (à chiffrer)



Aide technique, matériel ou équipement	Aménagement de logement	Aménagement de véhicule	Aides animales
	Aides techniques (préciser) :		
	Autres :		
Aide à la personne (avec quelqu'un qui aide)	Votre famille	Professionnel de soins à domicile	
	Un accompagnement médico-social		
	Autres :		

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

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : _____ heures par semaine.
Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : _____ heures.
Si vous travaillez à temps partiel, veuillez préciser la quotité : _____ %.

Frais liés au handicap et restant à charge
Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

B2 Vos besoins dans la vie quotidienne
Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.
Plusieurs réponses sont possibles :

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

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

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

- Penser à bien développer votre projet de vie, votre quotidien impacté par le handicap, cela permettra à la commission de bien identifier vos besoin et attentes.

- Pas d'inquiétude, même si cela vous paraît long !



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

Dans la rubrique emploi du temps :
indiquer précisément les déplacements pour les
soins, la scolarité ou le travail qui concernent la
personne en situation de handicap



Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Établissement(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...) :

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

Pour les enfants scolarisés joindre impérativement le formulaire GEVASco (demande d'aide à la scolarisation) pour toute première demande ou renouvellement

Préciser tous types d'aide humaine ou matériel à mettre en place au niveau scolaire (bilan ergo si vous avez)



Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne
la scolarité ou la vie étudiante

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

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

Autre, préciser :

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

Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ?

Oui

Non

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



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

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

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

Préciser pour l'adulte en situation de handicap sa situation professionnelle et si vous êtes accompagné pour la recherche d'emploi (justifiez bien pourquoi vous êtes actuellement sans emploi)



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, préciser :	
Bénéficiez-vous des prestations suivantes ? Aides de l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) Aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (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	

D3

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

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

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 :

Préciser le rôle de l'aidant auprès de la personne en situation de handicap
Même si les actes vous paraissent anodins tout est à prendre en compte pour une vision globale de votre rôle



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.



Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
Prénom de l'aidant : _____
Adresse de l'aidant : _____
Nom de la personne aidée : _____

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

Nature de l'aide apportée :

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

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