



FICHE DE SYNTHÈSE

AIDE AU REMPLISSAGE DU DOSSIER MDPH



Fragile X France

Association nationale du syndrome X Fragile et des maladies associées à la prémutation

L'association Fragile X France poursuit depuis 1990 de nombreux objectifs en faveur des familles touchées par le syndrome X Fragile et les maladies associées à la prémutation.

En partenariat avec son conseil scientifique, et avec le soutien de médecins et travailleurs sociaux exerçant en MDPH, Fragile X France a travaillé sur la rédaction d'un document à destination des familles qui sont amenées à remplir le dossier administratif MDPH pour des personnes porteuses du syndrome X Fragile.

Cette notice a pour vocation de mettre en avant les points essentiels à renseigner afin de faciliter l'étude du dossier par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il est essentiel de le remplir de la manière la plus complète et précise possible.

Dans la mesure du possible, il est recommandé de privilégier le remplissage du dossier MDPH en version dématérialisée. Vous pouvez le retrouver [ici](#).

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter :

- [Le Protocole National de Diagnostic et de Soins](#)
sur le site de la HAS : www.has-sante.fr
- [La notice d'aide rédigée par la MDPH du Grand Lyon](#)
- [Le site Internet de l'association](http://www.xfra.org) : www.xfra.org

Fragile X France

33 Rue St Jean de Dieu
69007 Lyon

06 25 45 64 96
contact@xfra.org



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.



MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

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 ? Pensez à cocher la bonne situation pour faciliter le traitement du dossier

- 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 ? Un N° de dossier vaut pour toute la France

Oui Dans quel département : N° de dossier : Ne pas oublier de l'indiquer.....

L'identité est celle de la personne en situation de handicap (non pas celle de ses parents)

A1

Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe : Homme Femme **Il faut bien penser à remplir tous les champs**

Nom de naissance : _____ Nom d'époux/se ou d'usage : _____

Prénoms : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Nationalité : Française Espace Économique Européen ou Suisse Autre

Commune de naissance : _____ Département : _____

Pays de naissance : France Autre, préciser : _____

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 élu 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 (préciser) : _____

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 : _____

Bien penser à indiquer le n° de téléphone et le mail (le mail doit être privilégié pour les contacts).



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

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 : _____

Cette partie doit être remplie en cas d'aide par un tiers.

Pour faire appel à un tiers ou une assistante sociale : voir s'il existe des travailleurs sociaux spécialisés dans l'autonomie dans votre département (il peut s'agir d'un service social de proximité).

Il y a également des associations qui peuvent aider au remplissage du dossier et qui ont signé des conventions avec les MDPH (à voir selon chaque MDPH).

Adresse e-mail : _____

A4

Vous bénéficiez d'une mesure de protection **On parle ici de la personne accompagnée**

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)
<p>Cette partie concerne les adultes en situation de handicap.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

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
 - Vous risquez rapidement de perdre votre travail
 - Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir
 - Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation
 - Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement
- Date d'entrée prévue : _____ / _____ / _____

Expliquer la difficulté :

Préciser ce qui justifie la demande de traitement rapide de la demande. Ces informations peuvent être détaillées dans le projet de vie.

- 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 :

Dans la mesure du possible, il faut essayer de déposer le dossier au moins 6 mois avant la fin de la demande pour permettre un traitement de la demande.



- 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 : **Penser à dater et signer, préciser si on refuse que la MDPH contacte d'autres personnes. Il faut impérativement que les deux parents signent.**

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 L241-10 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 :

.....

.....

B1 Votre vie quotidienne

Cette partie concerne la vie quotidienne de la personne accompagnée, pas celle de ses parents.

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, préciser : **Indiquer par exemple : je suis l'aidant, mon enfant vit avec moi.**

Où vivez-vous ?

Vous avez un logement indépendant et vous êtes : propriétaire locataire

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

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

Si un parent remplit le dossier pour son enfant qui vit avec lui, cocher "Hébergé(e) au domicile : de vos parents"

D'une famille d'accueil

Autre situation, préciser : _____

Avez-vous déjà eu ?

Un accident causé par un tiers

Un accident du travail

Un autre accident, préciser : _____

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 : _____

On parle des ressources financières de la personne, pas de celles de ses parents.

Aide financière et ressources

La partie "aide financière" ne concerne que l'adulte en situation de handicap

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 deux tiers, d'incapacité, etc...)

Majoration tierce personne

Allocation supplémentaire d'invalidité

Rente d'accident ou maladie professionnelle

Prestation complémentaire de recours à tierce personne

Retraite pour inaptitude 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)

<input type="checkbox"/> Aide technique, matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Aménagement de logement	<input type="checkbox"/> Aménagement de véhicule	<input type="checkbox"/> Aides animalières
	<input type="checkbox"/> Aides techniques (préciser) : Cocher tous les besoins éventuels.		
	<input type="checkbox"/> Autres : Ex. dans l'X Fragile : besoin de sécuriser les fenêtres, de poser un garde-corps (les aides pour la scolarité sont indiquées plus loin).		
<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 :		

Présence d'une personne auprès de l'enfant **Tout sera étudié en comparaison avec un enfant du même âge.**

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 **Cocher OUI y compris si on n'a jamais pu travailler du fait du handicap de son enfant (préciser la situation à l'instant T).**

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 **Penser à bien remplir le pourcentage de réduction.**

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire. **Penser à joindre tous les devis et les factures.**

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.

Certains items ne concernent que les adultes (ex. : les dépenses courantes).

Besoin pour la vie à domicile

Bien penser à évoquer ici les questions d'hygiène corporelle.

<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, précisez :	<input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

Besoin pour se déplacer

- Pour se déplacer dans le domicile
- Pour sortir du domicile ou y entrer
- Pour se déplacer à l'extérieur du domicile
- Pour utiliser un véhicule
- Pour utiliser les transports en commun
- Pour partir en vacances

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

Autre situation, préciser : _____

**Ces éléments peuvent être précisés
dans le projet de vie.**

Besoin pour la vie sociale

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

Autre besoin, préciser : _____

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

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

Autre attente, préciser : _____

Penser à indiquer ci-dessous tous les contacts qui ont déjà été pris.

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

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

Il n'est pas utile de remettre ici des éléments qui sont déjà remplis dans le formulaire. Il vaut mieux privilégier un remplissage précis et complet des cases prévues dans le dossier.

Il est possible d'écrire ici le projet de vie ou de le rédiger sur papier libre. Vous pouvez indiquer des compléments sur :

- **l'impact du syndrome sur la personne elle-même, sur son environnement : il est important de préciser le retentissement sur la fratrie, sur la vie de couple et sur la vie de famille (je ne peux pas sortir avec mon enfant, je ne peux pas aller au restaurant avec lui, je ne fais plus de sorties car je ne peux pas le faire garder ...)**
- **une journée type avec des éléments de la vie quotidienne**
- **des informations liées à la sécurité**
- **des précisions sur la question de la toilette / de l'élimination**
- **des informations sur l'alimentation**
- **la notion de surveillance**
- **la question des déplacements intérieurs / extérieurs**

On parle ici du ressenti des parents, de leur vécu. Le retentissement sur la vie quotidienne permet de mettre l'accent sur la sévérité du handicap. Le principe du guide barème étant de se baser sur le retentissement sur la vie familiale, c'est ce qui va définir le taux de handicap de la personne.



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

C1 Situation scolaire **Parler ici de la situation actuelle de la personne et non pas de celle que l'on vise.**

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

- En milieu ordinaire
- À 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, préciser :

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

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

À partir de quand sera-t-il scolarisé ?
.....

Préciser :
.....

Autre, préciser :

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 : / /

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage : **Parler ici de la situation actuelle de la personne et non pas de celle que l'on vise.**

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, lieux...) : **Préciser les prises en charge y compris celles qui ont lieu avant l'école.**

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

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

 Pour lire Pour écrire, prendre des notes Pour calculer Pour comprendre, suivre les consignes Pour organiser, contrôler son travail Pour l'utilisation du matériel Autre, préciser :

Besoins pour communiquer

 Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre Pour les relations avec les autres Pour assurer sa sécurité Autre, préciser : **Préciser si la personne ne communique pas ou est difficilement intelligible.**

Besoins pour l'entretien personnel

 Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes) Pour s'habiller
(mettre et ôter des vêtements) Pour les repas (manger, boire) Pour prendre soin de sa santé Autre, préciser :

Besoins pour se déplacer

 Pour se déplacer à l'intérieur des locaux Pour se déplacer à l'extérieur des locaux Pour utiliser les transports en commun Autre, préciser :

D1 Votre situation **Toute la partie D concerne les adultes en situation de handicap à partir de 16 ans (et non pas leurs parents)**

Vous avez un emploi depuis le : / /

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

Votre type d'emploi :

- CDI CDD Interim Contrat aidé

Votre employeur :

Nom :

Adresse :

- Stagiaire de la formation professionnelle

Rémunéré : Oui Non

Préciser le nom
de l'organisme :

- Travailleur indépendant. Régime :

Votre emploi :

..... Temps complet
 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 / /

Nom :

Prénom :

Vous êtes sans emploi depuis le : / /

Avez-vous déjà travaillé : Oui Non

Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes
actuellement sans emploi :

**Toute la partie D concerne les adultes
en situation de handicap à partir de 16
ans (et non pas leurs parents)**

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

D2 Votre parcours professionnel Toute la partie D concerne les adultes en situation de handicap à partir de 16 ans (et non pas leurs parents)

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				

<p>Votre niveau de qualification :</p> <p><input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Supérieur</p> <p>Dernière classe fréquentée : <input type="text"/></p>	<p>Vos formations :</p> <p>Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), précisez laquelle / lesquelles :</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

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 :

Quand on coche une demande de prestation, même si on l'a déjà, la MDPH est tenue de réévaluer.

E1 Demandes relatives à la vie quotidienne

Si ce que l'on a en termes de prestations est satisfaisant, ne pas cocher si la prestation actuelle doit durer encore quelques temps pour éviter une réévaluation potentiellement désavantageuse.

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 est obligée d'évaluer 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)

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 :

On peut écrire ici une synthèse de ce qui a été demandé précédemment, afin de résumer ce que l'on souhaite obtenir.

E3

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

Cette partie concerne les adultes en situation de handicap à partir de 16 ans (et non pas leurs parents)

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
La RQTH peut se demander à partir de 16 ans
- Orientation professionnelle
- Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) ou Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)
- Établissement 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 Établissement 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.

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.

L'aidant doit préciser ici tous les retentissements du syndrome sur sa vie à lui.

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

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

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

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

Autre, préciser : _____

F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pouvoir vous reposer au quotidien | <input type="checkbox"/> Obtenir une contrepartie financière |
| <input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin | <input type="checkbox"/> Échanger avec d'autres aidants |
| <input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu | <input type="checkbox"/> Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche |
| <input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances | <input type="checkbox"/> Avoir un soutien psychologique |
| <input type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle | <input type="checkbox"/> Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche |
| <input type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux | <input type="checkbox"/> 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 :

Il faut préciser ici tous les impacts sur la vie des aidants.

Les aidants peuvent demander du répit, ou le répit peut être proposé en fonction de ce que vit la famille et de son épuisement.

Il est également possible de préciser ici que l'on souhaite une notification longue en raison de l'épuisement suscité par le fait de remplir les dossiers.

Signature de l'aidant :
