

Maison
départementale
des personnes
handicapées



Personnes handicapées (adulte ou enfant)

FORMULAIRE DE DEMANDE (Demande de compensation)

à retourner à la :

**MDPH de l'Essonne
93 rue Henri Rochefort - 91000 Évry**

**Heures d'ouverture :
Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi
14h - 17h**

Tel. : 01 69 91 78 00

Ce formulaire est en trois exemplaires autocopiants :

- 2 exemplaires pour la MDPH (avec le certificat médical et les pièces justificatives)
- le troisième exemplaire (vert) pour vous

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

Adulte concerné à titre personnel par la demande ou adulte assumant la charge de l'enfant concerné par la demande (mettre les 2 parents le cas échéant et/ou le tuteur)	Enfant concerné
<input type="checkbox"/> Mademoiselle <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom de naissance Nom d'époux Prénom Date de naissance Lieu de naissance Commune Pays Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> EEE* ou Suisse <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> EEE* ou Suisse <input type="checkbox"/> Autre 	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Nom de naissance Prénom Date de naissance Lieu de naissance Commune Pays Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> EEE* ou Suisse <input type="checkbox"/> Autre

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France

N° de sécurité sociale ou MSA

Nom de la Caisse de Sécurité Sociale

Avez-vous déjà un dossier à l'ex COTOREP	Avez-vous déjà un dossier à l'ex CDES
Quel numéro	Quel numéro
Indiquer le département	Indiquer le département

Adresse actuelle

Résidence du demandeur *(les 2 parents le cas échéant)*

Madame	Monsieur
N° Rue	N° Rue
Code postal	Code postal
Commune	Commune
Téléphone	Téléphone
Mobile	Mobile
Adresse électronique	Adresse électronique

échéant)

Résidence habituelle de l'enfant

(si elle est différente de celle du demandeur)

Nom⁽¹⁾

N° Rue

Code postal

Commune

Téléphone

(1) préciser le nom de la famille d'accueil le cas

Si vous êtes hébergé(e) dans un établissement (MAS, Foyer, IME, Hôpital...)

Préciser son nom

Si vous avez élu domicile dans une association, dans un organisme agréé ou un centre communal ou intercommunal d'action sociale, précisez le

nom de cet établissement

Fait à Le

Signature : de la personne concernée

de son représentant légal

Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adulte

Souhaitez-vous être accueilli ou accompagné par un établissement ou service médico-social ? oui non

•Si OUI, précisez par quel(s) type(s) de prise en charge ?

- De jour
- Jour et nuit
- Accueil temporaire

Précisez par quel(s) type(s) d'établissement ou de service ?

- MAS (Maison d'accueil Spécialisé)
- FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé)
- Foyer de vie ou occupationnel
- Foyer d'hébergement pour travailleur handicapé
- SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-social pour personnes Adultes Handicapées)
- SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
- Autre, veuillez préciser
- À partir de quelle date

Avez-vous une préférence pour un établissement ? oui non

Si oui, lequel ?

Nom

N° Rue

Code Postal Commune

Demande de Prestation de compensation ou de renouvellement d'allocation compensatrice

Vous demandez :

- Renouvellement ou révision d'Allocation compensatrice pour tierce personne - ACTP
- Prestation de compensation du handicap- PCH
- Renouvellement ou révision d'Allocation compensatrice pour frais professionnels - ACFP

Si vous êtes bénéficiaire de l'allocation compensatrice, vous pouvez également demander la prestation de compensation.

Vous garderez la possibilité de choisir entre ces deux prestations après la décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées si vous déposez les deux demandes en même temps. Si vous n'exprimez pas votre choix, c'est la Prestation de Compensation - PCH qui vous sera attribuée.

Vous pouvez préciser, pour votre demande de PCH :

- Aide humaine dans la vie quotidienne (adulte uniquement) **hors «aide ménagère»**
- Aide technique, matériel ou équipement particuliers (adultes uniquement)
- Aménagement du logement (adulte ou enfant)
- Aménagement du véhicule ou surcoût de transport (adulte ou enfant)
- Frais spécifiques ou exceptionnels (adulte uniquement)
- Aide animalière (adulte uniquement)

Demande d'affiliation à l'assurance vieillesse d'une tierce personne

Nom/Prénom de la personne à affilier

Née le

Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

Vous demandez :

- RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé)
- Aide à l'orientation professionnelle

Quels sont vos souhaits en matière d'orientation et de reclassement professionnels ?

- Milieu ordinaire -dont entreprise adaptée (anciennement Atelier protégé)
- ESAT - Etablissement ou Service d'aide par le travail (anciennement CAT)
- Formation professionnelle
- Autres - Veuillez préciser

Souhaitez-vous un ESAT particulier ? oui non

Si oui, lequel (si vous en connaissez un) :

Nom

Commune

Demande d'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et de complément de ressources

Vous demandez :

- Allocation aux Adultes Handicapés - AAH
- Complément de ressources (AAH ou FSI)

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH :

Veuillez indiquer votre N° d'allocataire CAF ou MSA :

Demande de cartes

Cochez ce que vous demandez :

- Carte d'invalidité Carte de priorité pour personne handicapée
- Carte de stationnement pour personne handicapée

Pièces à joindre pour cette demande

- Pièces nécessaires à l'instruction (cf à la fin du document)
- 2 photographies d'identité (3,5 cm x 4,5 cm) en couleur, de face, visage découvert, récente et parfaitement ressemblante de la personne concernée par la demande.

Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de prise en charge des soins en établissement ou service médico-social (pour un(e) jeune)

Cochez ce que vous demandez :

- Orientation scolaire
- Prise en charge médico-sociale
- Maintien en établissement pour enfants pour un jeune de +de 20 ans - "Amendement CRETON"
- AVS (auxiliaire de vie scolaire)
- AVU (auxiliaire de vie universitaire)
- Aménagement d'épreuves d'examens ou de concours
- Aménagement de scolarité
- Transport scolaire
- Matériel pédagogique adapté
- Autre demande

Demande relative à une Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et son complément

Vous demandez : AEEH Complément AEEH

Veuillez indiquer votre N° d'allocataire CAF ou MSA :

Nom : _____ Prénom : _____



MON PROJET DE VIE ET/OU MON PROJET PROFESSIONNEL
(vous pouvez aussi l'écrire sur papier libre à joindre au dossier)

Précisions utiles facilitant l'instruction de votre demande

Situation familiale actuelle

<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Concubin(e)	Nombre de personnes à charges : Enfants : Autres : Ascendants
---	--	--

Veillez préciser, vous êtes :

<input type="checkbox"/> Assuré(e) social(e) n° d'assuré(e) social(e) : <input type="checkbox"/> Ayant droit Nom et adresse de l'organisme d'affiliation : <input type="checkbox"/> Vous n'avez aucune protection sociale Percevez-vous des indemnités journalières ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Percevez-vous une rente d'accident du travail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Etes-vous inscrit à l'ANPE ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Depuis le :	Etes-vous indemnisé(e) par l'ASSEDIC ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Bénéficiez-vous du RMI ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Avez-vous une carte d'invalidité ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (joindre la photocopie) Niveau scolaire : <input type="checkbox"/> primaire <input type="checkbox"/> secondaire <input type="checkbox"/> supérieur Stage(s) de formation réellement suivi(s) :
---	---

Situation actuelle :

Salarié En arrêt maladie
Date d'embauche :
Nom et adresse de l'employeur actuel ou du dernier employeur :

Nature de l'emploi (poste de travail) :

Type de contrat :

CDD CDI CES (Contrat Emploi Solidarité) Autres
 Licenciement économique Licenciement pour inaptitude médicale :
Depuis le :
Autre :

Pièces à joindre :

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

Cochez ci-dessous les pièces que vous joignez :

⇒ Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes de dossier)

Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois (disponible en mairie)

Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen*

Photocopie lisible de la carte nationale d'identité
 ou du livret de famille
 ou du passeport
 ou d'un extrait d'acte de naissance

Si vous êtes ressortissant d'un Etat hors de l'espace économique européen* :
Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité

Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :
Attestation du jugement de tutelle ou curatelle
– sauvegarde de justice

Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer ou certificat d'hébergement)

⇒ Pièces obligatoires (communes à l'étude des demandes de prestation de compensation, d'allocation compensatrice et AAH)

Déclaration de ressources de l'année antérieure

Attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant ou d'activité professionnelle)

Justificatif de fonction élective (le cas échéant)

Attestation de l'attribution d'une Majoration Tierce Personne – MTP :
(pension d'invalidité, vieillesse et rente accident du travail)

Relevé d'identité bancaire ou postal – RIB RIP

⇒ Précision : La résidence effective du demandeur est le critère de compétence géographique de la MDPH

* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Economique Européen : Allemagne, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède