

# 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<sup>er</sup> septembre 2017 et le 1<sup>er</sup> 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 ?

- 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 : .....

**A1** Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe :  Homme  Femme

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 : .....



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





- 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 :

- 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

**MDPH de la Gironde**



**Adresse postale :** MDPH 33, Esplanade Charles De Gaulle  
CS 51914 - 33074 Bordeaux cedex



**Accueil téléphonique :** 05 56 99 66 99

(du lundi au jeudi de 9h à 17h15 et vendredi de 9h à 16h30)



**Accueil physique :** consultez la liste des 9 lieux d'accueil sur [mdph33.fr](http://mdph33.fr)

## 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 soin (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<sup>re</sup> catégorie  2<sup>e</sup> catégorie  3<sup>e</sup> 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)

Aide technique, matériel ou équipement

- Aménagement de logement
- Aménagement de véhicule
- Aides animalières
- Aides techniques (préciser) :  
ex : barre d'appui, déambulateur... ..
- 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 : .....

## 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



C1 Situation scolaire

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 :

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...) :

	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

- |  |  |
|--|--|
| <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<br>(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 : .....



### 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)

#### 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 :

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

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

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), préciser 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...), préciser l'année et l'organisme :

.....  
.....

Nom :

Prénom:



## 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)

## 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 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 réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UJEROS)

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.

**F1** Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant : .....

Date de

Prénom de l'aidant : .....

naissance : ..... / ..... / .....

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 :**

- |  |   |
|--|---|
| <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                        |   |

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 :

- Éloignement géographique (déménagement...)
- Problème de santé
- Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)
- Changement majeur dans la situation professionnelle
- Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...)
- 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
- Obtenir une contrepartie financière
- Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin
- Échanger avec d'autres aidants
- Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu
- Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche
- Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances
- Avoir un soutien psychologique
- Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle
- Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche
- Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux
- 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 :

## OBLIGATOIRES

Un certificat médical de moins de 6 mois prévu pour les demandes MDPH. **Formulaire cerfa n°15695\*01**

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 : un justificatif de domicile du représentant légal de la personne handicapée
- pour les personnes hébergées par un tiers : un justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant

Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

## CONSEILLÉS

Selon les parties remplies dans le formulaire, veuillez joindre les justificatifs ci-après. **Ils faciliteront l'évaluation de votre demande.**

\* [formulaire disponible sur www.mdph33.fr](http://www.mdph33.fr)

<b>A</b> Votre identité	<p>Une photocopie du jugement attestant de l'exercice de l'autorité parentale, en cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle.</p>
<b>B</b> Votre vie quotidienne	<b>B1</b> Une photocopie du justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité - éventuellement avec tierce personne -
	Une photocopie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle
	<p><b>B3</b> 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 de la réduction du temps de travail ou le temps de travail effectif du ou des parents</p> <p>Les justificatifs, factures ou devis en votre possession concernant les frais évoqués ou les attentes. Pour les demandes d'audio-prothèses : <b>2</b> devis.</p> <p>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.</p>
<b>C</b> Vie scolaire ou étudiante	<p><b>IMPERATIF</b> - Pour les enfants scolarisés : le formulaire <u>GEVA</u>sco* (à remplir par le Directeur de l'école de l'enfant)</p> <p>Le <u>compte-rendu des examens psychologiques</u>* et tout bilan médico-social concernant l'enfant</p>
<b>D</b> Votre situation professionnelle	<p>Si temps partiel, une copie du contrat de travail</p> <p>La fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin du travail ou la dernière fiche de visite médicale auprès du médecin du travail</p>
<b>E</b> Expression des demandes de droits et prestations	<p><b>E1</b> Pour le renouvellement de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) surcoût de transport : l'imprimé <u>surcoût transport</u> *</p> <p>Pour le renouvellement de l'orientation en établissement ou service médico-social (ESMS) pour les adultes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La <u>fiche de conclusions sociales</u>*</li> <li>- Le <u>rapport d'autonomie</u>*</li> <li>- Le rapport d'accompagnement de l'établissement</li> </ul> <p>Pour l'orientation en ESMS pour les enfants : le dernier compte rendu psychologique</p> <p>Pour une demande d'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse, remplir obligatoirement le volet F</p>
	<b>E2</b> Le rapport d'accompagnement de l'établissement accueillant l'enfant
	<p><b>E3</b> Pour une orientation vers un Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (ESAT) : le rapport d'accompagnement de l'établissement</p> <p>Pour une demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) : la fiche de <u>renseignements médicaux pour le travail</u>*</p>

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande d'aide auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de la Gironde, 1 esplanade Charles de Gaulle, CS 51914, 33074 Bordeaux cedex, responsable de ce traitement.

Ce traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle la MDPH est soumise.

### **Finalités**

La collecte des données a pour finalités :

- le suivi de l'accueil des personnes qui s'adressent aux services de la MDPH ;
- l'instruction des demandes de prestation ou d'orientation de la personne handicapée ;
- le suivi des parcours individuels de la personne handicapée ;
- la gestion des travaux de l'équipe pluridisciplinaire qui procède à l'évaluation de la situation et des besoins de compensation de la personne handicapée ;
- l'organisation, le suivi, la notification des décisions aux usagers ;
- la simplification des démarches des usagers ;
- la production de statistiques règlementaires relatives aux personnes qui s'adressent à la MDPH ;
- la transmission des informations nécessaires à la délivrance, à la fabrication et à l'envoi au bénéficiaire de la carte mobilité inclusion (CMI).

### **Données personnelles collectées**

Les données personnelles collectées, figurant sur le CERFA n°15692\*01 sont conformes aux articles R247-1 à R247-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

### **Durée de conservation**

Les informations enregistrées concernant la personne handicapée, et s'il y a lieu son représentant légal, ne peuvent être conservées dans le système de traitement au-delà d'une période de cinq ans à compter de la date d'expiration de validité de la dernière décision intervenue ou pendant laquelle aucune intervention n'a été enregistrée dans le dossier de la personne handicapée. Au-delà de cette période, les informations sorties du système de traitement sont archivées sur un support distinct et peuvent être conservées dix ans.

### **Accès et destinataires des données**

Les agents habilités de la MDPH peuvent accéder au traitement de données, à l'exclusion des données médicales. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent accéder à l'ensemble des informations, y compris médicales.

Les destinataires des données personnelles collectées sont celles figurant à l'article R247-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

### **Droits d'accès aux données**

Conformément au Règlement Général de Protection des Données - RGPD et à la Loi informatique et libertés modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation des informations qui vous concernent. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès. Ces demandes doivent être adressées, en justifiant de votre identité, par voie postale à l'adresse suivante :

MDPH de la Gironde  
1 esplanade Charles de Gaulle  
CS 51914,  
33074 Bordeaux cedex

Le droit d'opposition ne s'applique pas au traitement dans la mesure où il découle d'une obligation légale. Le traitement ne fait pas l'objet d'une décision automatisée.

Vous pouvez adresser vos questions relatives à la protection des données à l'adresse [dpo-mdph@gironde.fr](mailto:dpo-mdph@gironde.fr).

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))