

« Nous sommes là pour vous aider ! »

NOTICE EXPLICATIVE

DU FORMULAIRE DE DEMANDE(S)

auprès de

LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

Présentation du formulaire de demande(s)

Ce document, utilisable pour exprimer un grand nombre de demandes précises, vous permet de formuler vos attentes et vos besoins en lien avec votre situation de handicap ou celle de votre enfant :

- pour une première demande
- pour un réexamen si la situation a évolué
- pour un renouvellement, de préférence 6 mois avant la date d'échéance afin d'éviter une rupture de droit.

Les sigles utilisés dans ce formulaire sont développés dans le glossaire figurant au dos de cette notice. Par ailleurs, n'hésitez pas, pour compléter ce formulaire, à faire appel aux services de votre MDPH qui seront en mesure de vous informer sur les différentes prestations.

Pour remplir ce formulaire, merci d'écrire en LETTRES MAJUSCULES et de cocher les cases nécessaires. Veillez à bien indiquer en haut de chaque page les nom et prénom de la personne concernée.

Un dossier bien rempli et complet facilitera le traitement de votre demande.

Ce formulaire, accompagné des pièces justificatives, est à retourner rempli à l'adresse suivante :

MDPH

Technopôle Var Matin • route de la Seyne
83190 OLLIOULES

Horaires d'ouverture de la MDPH : du Lundi au Jeudi 9h00 à 12h00 • 13h30 à 16h00
Le Vendredi 10h30 à 12h00 • 13h30 à 16h30

Plan d'accès :



Explications utiles pour remplir les rubriques A à A9

Les rubriques A à A4 sont obligatoires.

Si vous faites uniquement une demande de cartes, vous n'avez pas besoin de remplir les rubriques de A5 à A9.

Rubrique A2 : « Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande »

Correspond au lieu de vie habituel de la personne (domicile ou établissement).

Rubrique A4 : « Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant) »

Le représentant légal (tuteur et curateur) pour les adultes sous protection juridique est désigné par le juge des tutelles.

Rubrique A5 : « Identification de l'organisme payeur de prestations familiales »

Cette information permet d'identifier l'organisme qui versera l'AAH ou l'AEEH.

Rubrique A6 : « Situation familiale de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande »

« Conjoint » dans la formule « Si vous êtes en couple, précisez l'identité du conjoint », désigne la personne avec qui vous êtes marié ou non marié (pacs, concubinage, vie maritale).

Rubrique A7 : « Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant »

Si vous êtes salarié (y compris en apprentissage) ou stagiaire, n'oubliez pas d'indiquer le nom et adresse de l'employeur ou de l'organisme de formation.

Rubrique B : « Expression des attentes et besoins de la personne concernée – (projet de vie) »

Rappel : n'hésitez pas, pour rédiger cette rubrique, à faire appel aux services de votre MDPH.

Rubrique C : « Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et son complément »

L'AEEH et le cas échéant son complément peuvent être versés au parent ou à la personne qui s'occupe d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap.

L'allocation de base peut être augmentée d'un complément en fonction des besoins évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

À noter : Vous pouvez également demander pour votre enfant la PCH (rubrique F). Après évaluation de la situation et des besoins de votre enfant, la MDPH vous communiquera un plan personnalisé de compensation qui précisera, si vous avez demandé la PCH et que vous y avez droit, les montants respectifs de chacune des deux prestations. Vous pourrez alors choisir sur cette base, celle qui vous convient le mieux.

Rubrique D : « Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social »

Le parcours de scolarisation et/ou de formation de l'enfant ou du jeune adulte en situation de handicap peut être mis en œuvre dans un établissement scolaire, dans un établissement ou service médico-social, dans un établissement sanitaire (cf. liste en page 4).

Le parcours s'organise alors totalement, partiellement ou en alternance sur ces types d'établissements.

C'est dans cette rubrique que vous pouvez indiquer vos demandes d'aménagement scolaire, de matériel pédagogique, transports scolaires, auxiliaire de vie scolaire...

Rubrique E : « Demande de cartes »

La mention « besoin d'accompagnement » peut être portée sur la carte d'invalidité pour :

- un enfant ayant droit au complément d'AEEH
- un adulte bénéficiaire d'une PCH « Aide Humaine » ou d'une ACTP ou d'une MTP ou d'une APA

Rubrique F : « Demande de prestation de compensation »

Cette demande permet l'examen des besoins de compensation des conséquences du handicap :

- Aides humaines - exemples : prise des repas, aide à la toilette...
- Aides techniques - exemples : fauteuil roulant, télé agrandisseur, prothèses auditives...
- Aménagement du logement - exemples : transformation d'une baignoire en douche, plate-forme élévatrice, élargissement de porte, flash lumineux
Pour le déménagement - exemple : participation aux frais de déménagement pour un logement mieux adapté si les travaux dans le logement actuel sont trop coûteux ou impossibles...
- Aménagement du véhicule - exemple : adaptation du poste de conduite
- Surcoûts liés aux transports
- Charges spécifiques ou exceptionnelles - exemples : protections pour incontinence, réparation matériel...
- Aide animalière - exemple : frais d'entretien pour un chien d'assistance éduqué...

Droit d'option

Si vous êtes bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice (ACTP ou ACFP), vous pouvez demander la PCH. Un comparatif de vos droits sera établi par la Maison départementale et vous pourrez choisir, sur cette base :

- soit de conserver votre allocation compensatrice
- soit d'opter pour la PCH, si votre situation vous permet d'en bénéficier

Si vous n'exprimez aucun choix, vous serez présumé vouloir bénéficier de la PCH.

Attention : le choix pour la PCH est définitif

Rubrique G : « Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse »

L'aidant familial qui peut être affilié est une personne qui s'occupe de façon permanente de la personne adulte handicapée vivant à domicile. Il doit avoir un lien de parenté avec la personne handicapée ou avec le conjoint de celle-ci (qu'ils soient mariés ou non).

Rubrique H : « Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et son complément de ressources »

Vous pouvez demander à la fois l'AAH et le complément de ressources.

Les indications concernant les revenus permettent à l'organisme de prestations familiales d'étudier vos droits.

Rubrique I : « Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle »

Cette rubrique permet la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé et l'orientation professionnelle vers :

- le marché du travail (accompagnement par le Service Public de l'Emploi et Cap Emploi)
- le milieu protégé – ESAT
- une formation en CRP qui peut, éventuellement, ouvrir droit à une prime de reclassement

Rubrique K : « Procédure simplifiée »

Si vous souhaitez être reçu par la CDAPH, cochez « NON » à la rubrique « souhaitez vous bénéficier d'une procédure simplifiée ».

Rubrique L : « Pièces à joindre à votre demande »

Joignez à ce formulaire l'ensemble des pièces demandées pour faciliter le traitement de votre dossier, notamment le certificat médical sous pli cacheté.

Pour une demande de carte, joindre 3 photos d'identité

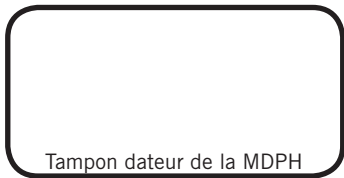
Merci de dater et signer votre demande en page 8 du formulaire

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES DANS LE FORMULAIRE

SIGLES	SIGNIFICATION
AAH	Allocation Adultes Handicapés
AC	Allocation Compensatrice
ACFP	Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AEEH	Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ASS	Allocation de Solidarité Spécifique
CAF	Caisse d'Allocations Familiales.
CDA ou CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CRP	Centre de Reclassement Professionnel
EEE	Espace Économique Européen
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MTP	Majoration Tierce Personne
PACS	Pacte Civil de Solidarité
PC ou PCH	Prestation de Compensation du Handicap
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RQTH	Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé.

Établissements et Services médico-sociaux, Établissements sanitaires et Établissements scolaires

CAJ	Centre d'Accueil de Jour
CAMPS	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CLIS	CLasse d'Intégration Scolaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CPO	Centre de PréOrientation
CRP	Centre de Rééducation Professionnelle
EMP	Externat Médico-Pédagogique
ESAT	Établissements et Services d'Aide par le Travail
ESAT SA	Établissements et Services d'Aide par le Travail - Sections annexes
FAM	Foyer d'accueil médicalisé Foyer de vie Foyer occupationnel Foyer d'hébergement
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle Hôpital de jour
IEM	Institut d'Education Motrice
IES	Institut d'Education Sensorielle
IME	Institut Médico Educatif
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée Pouponnière spécialisée
SAAAIS	Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire
SAFEP	Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico Social pour personnes Adultes Handicapées
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SSAD	Service de Soins et d'Aide à Domicile
SSEFIS	Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire
UPI	Unité pédagogique d'intégration



Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH



N° 13788*01

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

Nom de naissance : _____

Nom d'épouse ou nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____

N° de sécurité sociale : _____

Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° : _____

Dans quel département? _____

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

Précisez qui détient l'autorité parentale : Mère Père Les deux Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : _____

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Commune : _____

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Adresse électronique : _____

A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

Adresse de la personne ou organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Commune : _____

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][][][][][][][][][]

Adresse électronique : _____

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ CAF MSA Autre

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse de l'organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Commune : _____

A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : Célibataire Marié(e) En couple sans être marié(e)
 Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : [][][][][][][][] Nombre d'enfants à charge : [][][]

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : [][][][][][][][][][][][][][][][][][]

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :	[][][][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][][][]
Type de contrat :	_____	_____
Date de début du contrat :	[][][][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][][][]
Date de fin du contrat :	[][][][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][][][]
en milieu protégé ESAT	depuis le : [][][][][][][][][][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][][][][][][][][][]

	Vous	Vous	Vous	Vous
	Vous		Votre conjoint(e)	
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle	depuis le :		depuis le :	
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Nom de votre employeur : ou organisme de formation	_____		_____	
Adresse de votre employeur : N° et Rue : ou organisme de formation Complément d'adresse :	_____		_____	
Code postal :	_____		_____	
Commune :	_____		_____	
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation	_____		_____	
<input type="radio"/> Non salarié(e)	depuis le :		depuis le :	
y compris exploitant agricole, prof. Libérale	_____		_____	
Précisez à quel régime vous cotisez :	_____		_____	
<input type="radio"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi	depuis le :		depuis le :	
Indemnisé(e) depuis le :	_____		_____	
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Retraité(e)	depuis le :		depuis le :	
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Bénéficiaire d'une pension	depuis le :		depuis le :	
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Autre	depuis le :		depuis le :	
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)	_____		_____	
Précisez :	_____		_____	

A8 - Autre situation de la personne concernée

- Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social
- Vous êtes hospitalisé(e)
- Autres cas, précisez : _____
- Nom de l'établissement : _____
- Adresse de l'établissement : N° : _____ Rue : _____
- Complément d'adresse : _____
- Code postal : _____ Commune : _____

A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire
- Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
- Propriétaire ou accédant à la propriété
- Autres, précisez : _____

C - Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

Votre enfant est-il en internat ? Oui Non Depuis le : | | | | | | | | | |

Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico social ou sanitaire ...)

Si votre 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

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

Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS			PÉRIODICITÉ
	Financeurs sollicités	Montants Obtenus	Reste à votre charge	Semaine, mois, année, occasionnelle
TOTAL				

D - Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? Précisez :

Nom : _____

Code postal : | | | | | | Commune : _____

E - Demande de cartes

- Carte d'invalidité ou de priorité
- Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
- Carte européenne de stationnement

F - Demande de prestation de compensation

- Prestation de Compensation - PCH

Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AEEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)

- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ? Oui Non

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

- Aide humaine

Précisez : _____

- Aide technique, matériel ou équipement

Précisez : _____

- Aménagement du logement / Déménagement

Précisez : _____

- Aménagement du véhicule / surcoût du transport

Précisez : _____

- Charges spécifiques / exceptionnelles

Précisez : _____

- Aide animalière

Précisez : _____

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Commune : _____

Date de naissance : [][][][][][][][][][] Lien de parenté : _____

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

- Allocation aux Adultes Handicapés - AAH Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

un revenu d'activité

du : au :

un revenu issu d'une activité en ESAT

du : au :

des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du : au :

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH
 Prime de reclassement
 Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)
 Orientation / Reclassement : Formation
 Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)
 Milieu protégé (ESAT)

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

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :

- Un accueil de jour - précisez : _____
 Un hébergement de nuit - précisez : _____
 Un hébergement permanent - précisez : _____
 Un accompagnement - précisez : _____
 Autres (accueils temporaires ...) - précisez : _____

Quelle orientation souhaitez- vous ?

- Un accueil de jour (CAJ, ...)
 Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)
 Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)
 Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)
 Autres (accueil temporaire ...)

Date d'entrée souhaitée :

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone :

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- ▶ le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;
- ▶ la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- ▶ l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention «priorité pour personne handicapée» ;
- ▶ la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ;
- ▶ les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ? Oui Non

L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- Un certificat médical daté de moins de 3 mois
- 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 adultes)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Fait à : _____ Le : | | | | | | | | | |

Signature : de la personne concernée de son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

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 rectifications 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.

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

CERTIFICAT MEDICAL POUR L'ATTRIBUTION DES AIDES
AUX ENFANTS ET ADULTES HANDICAPES

Cher confrère,

La rédaction de ce certificat médical est un moment important, en effet il doit nous permettre de répondre au mieux à la demande de votre patient et à l'évaluation de son handicap.

Aussi, je vous remercie de bien vouloir décrire les symptômes, leurs fréquences, leurs répercussions dans la vie quotidienne, le stade des pathologies, la tolérance des appareillages, les traitements et les éventuelles perspectives thérapeutiques.

La description des pertes de mobilité, des gênes dans la vie quotidienne et les répercussions sociales et professionnelles nous sont très utiles.

En vous remerciant de votre collaboration, veuillez remettre sous pli confidentiel ce certificat à votre patient.

L'équipe médicale de la MDPH

CERTIFICAT MEDICAL POUR L'ATTRIBUTION DES AIDES
AUX ENFANTS ET ADULTES HANDICAPES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

PATHOLOGIE PRINCIPALE QUI MOTIVE CETTE DEMANDE

1°)

.....

Cette pathologie est acquise depuis le

Suite à : une maladie une affection congénitale un accident de travail

un accident de trajet une maladie professionnelle un accident de la voie publique

Autres :

.....

PATHOLOGIES ASSOCIEES

2°)

3°)

4°)

5°) Alcoolisme Toxicomanie Tabagisme

PRECISIONS UTILES

Poids : Taille :

Traitements médicamenteux avec posologie et fréquence des prises :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tolérance :

Prise en charge autre que médicamenteuse (orthophoniste, psychomotricien, kinésithérapeute, infirmiers à domicile...), avec motifs et fréquence.

.....

.....

.....

.....

DEFICIENCES LIEES AUX PATHOLOGIES

Description des symptômes, des déficiences ayant des répercussions dans la vie sociale et professionnelle

DEFICIENCE PSYCHIATRIQUE

.....
Suivi ambulatoire (fréquence) :

Hospitalisations (fréquence) :

Troubles du comportement :

DEFICIENCE INTELLECTUELLE

Notion de déficit des fonctions supérieures : (QI si effectué)

.....
Communication verbale : OUI NON Communication non verbale : OUI NON

Acquisition lecture : OUI NON Acquisition écriture : OUI NON

DEFICIENCE NEUROLOGIQUE

Troubles moteurs, sensitifs, équilibre...

.....
Qualité de l'orientation temporo-spatiale :

Qualité de la vigilance :

Epilepsie : Type :

Fréquence des crises :

DEFICIENCE DU LANGAGE ET DE LA PAROLE *(hors déficience intellectuelle)*

DEFICIENCE DE LA VISION

Utiliser et joindre le certificat ophtalmologique type (annexé au dossier) daté de moins de trois mois.

DEFICIENCE DE L'AUDITION

1) Adresser un audiogramme de moins de trois mois effectué avec et sans appareillage

2) Appareillage : Type :

Tolérance :

DEFICIENCE CARDIAQUE ET VASCULAIRE

.....
Résultats d'échographie, FEV, épreuve d'effort, doppler de moins de trois mois

Dyspnée de repos d'effort périmètre de marche moyen sur terrain plat :

DEFICIENCE RESPIRATOIRE

.....
Résultats de gaz du sang, d'EFR de moins de trois mois

Dyspnée de repos d'effort périmètre de marche moyen sur terrain plat :

Oxygénothérapie permanente Débit :

Intermittente Fréquence : Débit :

DEFICIENCE DE LA FONCTION GENITO URINAIRE

Trouble de l'élimination urinaire : rétention incontinence diurne nocturne
Protection sonde stomie autres :

.....
.....
Dialyse : OUI NON Type : Fréquence hebdomadaire :
Greffe : OUI NON Date : Tolérance :

DEFICIENCE DE LA FONCTION DIGESTIVE

Joindre résultats complémentaires de moins de trois mois
Troubles de la déglutition, troubles hépatiques, pancréatiques, du transit :

.....
.....
Modalités d'alimentation :
Stomies :

DEFICIENCES METABOLIQUES, ENZYMATIQUES

Joindre résultats complémentaires de moins de trois mois
Type de diabète, obésité, nanisme, autres...

DEFICIENCES DU SYSTEME IMMUNITAIRE ET HEMATOPOIETIQUE

Joindre résultats complémentaires de moins de trois mois

DEFICIENCES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

.....
.....
Périmètre de marche moyen sur terrain plat :
Combien de temps peut-il marcher sans s'arrêter :
Nombre d'étages montés sans s'arrêter :
Utilisation d'une canne : OUI NON déambulateur : OUI NON
de deux cannes : OUI NON fauteuil roulant manuel électrique
Utilisation d'une prothèse type : Tolérance :
Localisation : Membre supérieur : bras, coude, avant bras, poignet, main ... DROIT, GAUCHE
Membre inférieur : cuisse, genou, jambe, cheville, pied DROIT, GAUCHE
Ceintures pelviennes, ceinture scapulaire DROIT, GAUCHE
Colonne vertébrale cervicale, dorsale, lombaire, sacro coccygienne

Types de troubles :
.....
Troubles associés :
.....

AUTRES DEFICIENCES

.....
.....

FICHE D'AUTONOMIE

1°) VIE QUOTIDIENNE	SEUL	SEUL AVEC DIFFICULTE ET/OU SEUL AVEC AMENAGEMENT OU AIDE TECHNIQUE	AVEC UNE AIDE PARTIELLE Suppléance humaine partielle Aide aux gestes accompagnement	AVEC UNE AIDE TOTALE Suppléance humaine totale
MOBILITE				
Faire ses transferts				
Marcher, se déplacer				
Prendre avec la main dominante				
Prendre avec la main non dominante				
Activités de motricité fine				
ENTRETIEN PERSONNEL				
Se laver				
S'habiller				
Assurer l'hygiène de l'élimination				
Prendre ses repas (déjà préparés)				
COMMUNICATION				
Parler				
Entendre (percevoir et comprendre)				
Voir (distinguer et identifier)				
Utiliser les moyens de communication				
EXIGENCE GENERALE ET VIE DE RELATION				
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Gérer sa sécurité				
Maitriser son comportement dans ses relations à autrui				

2°) VIE PROFESSIONNELLE

Formation professionnelle ou niveau scolaire :

.....

Le demandeur exerce t'il une activité : Oui laquelle ?

Non depuis quand ?

Motif de l'arrêt

Existe-t-il des inaptitudes définies par le médecin du travail ? si oui lesquelles :

.....

Difficultés rencontrées au poste de travail :

.....

Le demandeur est il reconnu en invalidité par la Sécurité Sociale ? oui non

1ère catégorie 2ème catégorie 3ème catégorie Taux d'IPP (AT)

DATE :

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN