

REEMPLIR UN DOSSIER MDPH POUR UN ADULTE



CONSEILS POUR UN MEILLEUR TRAITEMENT DE VOTRE DOSSIER

- Écrire lisiblement, en noir, de préférence en lettres majuscules
- N'utiliser ni trombone, ni agrafe, ni colle, ni scotch car vos dossiers sont numérisés
- Ne joindre aucune photo (pour les cartes, l'Imprimerie nationale viendra vers vous avec un courrier d'appel à photo), ni radiographie, ni CD, ni clef USB - seuls les comptes-rendus médicaux papiers seront acceptés
- Ne pas plier, ne pas découper et fournir de préférence des documents au format A4 toujours pour une meilleure numérisation de votre dossier.

DEMANDE À LA MDPH

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 ACP)
Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments	Projet personnalisé de socialisation - parcours et aides à la socialisation
Carte mobilité inclusion (personnes atteintes d'un handicap, de mobilité et de déplacement pour personnes handicapées)	Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle
Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) départemental	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

☐ Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé

☐ Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins

Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous aurez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E

Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire

Remplissez la partie F

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

☐ Oui Dans quel département : _____ N° de dossier : _____

Le formulaire me permet d'expliquer ma situation, mes besoins et mes attentes.

Sur le recto, j'indique quelle est ma situation :

- ① C'est ma **première demande** d'aide à la MDPH
- ② J'ai **déjà une aide** ; cette aide va s'arrêter et **je veux continuer à l'avoir**
- ③ J'ai **déjà une aide** et je veux que la MDPH regarde une nouvelle fois **ma situation** parce qu'elle **a changé**

Si je viens d'un autre département, je précise le numéro du département et celui du dossier et je pense à demander le transfert de mon dossier auprès de la MDPH de mon département d'origine.

Il y a ensuite 6 parties dans le dossier de demande.
En fonction de ma situation, je dois en remplir certaines.

A Votre identité	Renseignements obligatoires	D Votre situation professionnelle	Si votre demande concerne votre projet professionnel
B Votre vie quotidienne	Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée	E Expression des demandes de droits et prestations	
C Vie scolaire ou étudiante	Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante	F Vie de votre aidant familial	Si vous souhaitez exprimer des besoins en tant qu'aidant familial

PARTIE A : VOTRE IDENTITÉ

À remplir obligatoirement en MAJUSCULES et à l'encre noire

Email
et numéro de téléphone
importants

A Votre identité

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

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Nom de naissance : / /

Prénoms : / /

Nationalité : ☐ Française ☐ Espace Economique Européen ou Suisse ☐ Autre

Commune de naissance : / /

Pays de naissance : ☐ France ☐ Autre, préciser : / /

Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France : / /

Complément d'adresse (la laisser vide si le nom de la personne que vous habitez)

Adresse (numéro et rue) : / /

Code postal : / /

Commune : /

Pays : /

Téléphone : / /

Adresse e-mail : /

Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? ☐ Email ☐ Appel téléphonique ☐ SMS ☐ Courrier

Si vous avez eu contact avec un organisme (associations, centres d'hébergement ou d'accueil, services sociaux, etc.)

Organisme payeur de prestations familiales (CAF) : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre N° d'allocation : / /

Organisme d'assurance maladie : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ RSI ☐ Autre (préciser) : / /

Votre numéro de Sécurité Sociale : / / / / / / / / / /

Si c'est votre numéro ou si est précédé par le préfixe 10 (pour les numéros 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 : /

Prénoms : /

Date de naissance : / /

Adresse (numéro et rue) : / /

Complément d'adresse : /

Code postal : / /

Commune : /

Pays : /

Téléphone : / /

Adresse e-mail : /

En cas de délégation 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 Nom : / Prénoms : /

Partie A 1 :
Je renseigne mon **identité**,
mon **adresse complète**, **téléphone**,
e-mail, **numéro CAF** et **sécurité sociale**.

Partie A 2 :
Cette partie concerne **seulement**
les **demandes pour un enfant**.

Partie A 3 :
Si je suis aidé dans mes démarches,
je peux indiquer les **coordonnées**
de la **personne**, de l'**assistante sociale**
ou de l'**organisme** qui
m'accompagne.

Partie A 4 :
A remplir si je bénéficie d'une
mesure de protection : **tutelle**,
curatelle, **curatelle renforcée**,
habilitation familiale, **sauvegarde**
de justice

A Votre identité

A3 Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH
Vous acceptez que nous contactions ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

☐ Un proche ☐ Une association ☐ Autre

Nom de l'association (le proche) : /

Nom et prénom de la personne : /

N° et rue : /

Complément d'adresse : /

Code postal : / /

Commune : /

Téléphone : / /

Adresse e-mail : /

A4 Vous bénéficiez d'une mesure de protection

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

Nom de l'organisme (le parent) : /

Nom de la personne : /

Date de naissance : / /

N° et rue : /

Complément d'adresse : /

Code postal : / /

Commune : /

Téléphone : / /

Adresse e-mail : /

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'avez 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

Expliquez la difficulté : / /

Date d'arrivée prévue : / /

☐ Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEPH, AAH, PCH, RQTH, etc...) indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'expiration : / /

Nom : / Prénoms : /

A Documents à joindre obligatoirement à votre demande

Renseignements obligatoires

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 (Photo d'identité en ligne ou, en l'absence de photo, un autre document d'identification en ligne ou en France)

Une photocopie d'un justificatif de domicile (Pour les enfants, joindre le justificatif de domicile du représentant légal, pour les personnes handicapées ou un tiers, justificatif de domicile à l'adresse où l'habitant de l'habitant)

Une attestation de jugement en protection juridique (à joindre si applicable)

☐ J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser : /

Le : / /

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

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.

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 cas de 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 :

☐ Je suis bénéficiaire d'un droit d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas changé.

☐ Je suis bénéficiaire d'une condition d'indemnité en cas de faillite gratuite à l'adresse de l'habitant d'une personne handicapée.

☐ Je suis bénéficiaire d'un droit de travailleur handicapé (RQTH).

☐ Situation d'urgence.

Dans ce cas, je ne pourrai pas des reçus 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 en compte l'ensemble des droits des personnes avec un handicap ou la base de l'évaluation des personnes de la MDPH. Une évaluation approfondie ne maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous recueillera et saisira. Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.

Quelques jours, de manière à ce que les informations recueillies soient complètes et précises à la date de votre demande.

(Article 1, 11e et 12e du Code de la Sécurité Sociale - Article 44-11 du Code de l'Action Sociale)

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des territoires de handicap, son décret d'application et les textes qui lui sont relatifs ont été publiés au Journal Officiel de la République Française.

Vous recevrez par courrier une attestation de votre demande dans un délai de 4 mois.

M.D.P.H. Formulaire de demande

Accueil physique : /

Accueil téléphonique : /

Nom : / Prénoms : /

Pièces obligatoires à joindre au dossier.

Je n'oublie pas de dater et de signer le dossier et je coche « j'accepte » ou « je n'accepte pas » que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent.

PARTIE B : VOTRE VIE QUOTIDIENNE —

Je décris à la MDPH **mon quotidien et mes habitudes**. Éventuellement, j'exprime mes **attentes et mes projets** sur la **page 8**.

Je n'hésite pas à **transmettre tous les documents pertinents** (bilan para médical, notes sociales, devis du matériel acheté pour compenser mes difficultés).

Tous ces éléments vont permettre à la MDPH de mieux comprendre ma situation pour traiter ma demande.

PARTIE C : VIE SCOLAIRE ET ÉTUDIANTE —

Cette partie **concerne les demandes enfants**.

PARTIE D : VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE —

Dans cette partie, je dois expliquer ma situation professionnelle.

Si je travaille, j'indique ma situation en complétant la **page 13**.

Si je ne travaille pas, j'indique ma situation en complétant la **page 14**.

Dans les deux cas, je précise mon **parcours professionnel** à la **page 15** et je transmets mon curriculum vitae (**CV**).

Par ailleurs si je dispose de notes ou de bilans de partenaires (exemple : bilans de compétences...), je les transmets.

Enfin, je précise mes **projets professionnels ou d'accès à une formation** à la **page 16**.

PARTIE E : EXPRESSION DES DEMANDES DE DROITS ET PRESTATIONS

Cette partie concerne les **droits pouvant être ouverts par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ou par le Président du Conseil départemental pour les Cartes mobilité inclusion (CMI)**.

Je coche la ou les cases correspondant à mes besoins.

Si je ne sais pas quelle aide demander, je ne coche pas de case. Les équipes pluridisciplinaires se chargeront d'identifier l'aide qui correspond à mon besoin.

PARTIE F : VIE DE VOTRE AIDANT FAMILIAL —

Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à mon **aidant familial**.

Mon aidant familial est une **personne de mon entourage qui m'aide au quotidien**.

Si plusieurs de mes aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, je remplis une feuille pour chacun.

Je peux expliquer à la MDPH l'aide que mon aidant m'apporte actuellement et l'aidant peut exprimer ses attentes et ses besoins.

POINT D'ACCUEIL DÉPARTEMENTAL

MDPH 74

26, avenue de Chevène
CS 20123
74003 ANNECY Cedex

☎ 04 50 33 22 50 ✉ mdph@mdph74.fr

www.mdp74.fr

Accueil physique du lundi au vendredi

de 8h30 à 12h et de 13h45 à 17h

Fermeture le 1^{er} et 3^e jeudi matin du mois

Accueil téléphonique du lundi au vendredi

de 13h45 à 17h

Si vous souhaitez être accompagné par un travailleur social dans le dépôt de votre demande, vous pouvez être reçu les mardis et jeudis après-midi sans rendez-vous, le lundi après-midi, le mardi matin ou le vendredi toute la journée sur rendez-vous.



ÉQUIPES TERRITORIALISÉES DU HANDICAP (ETH)

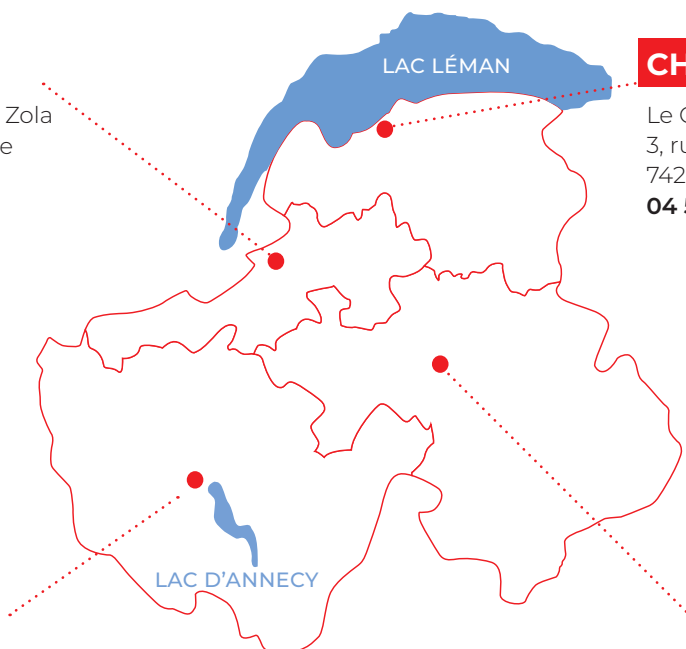
RELAIS DE LA MDPH SUR LE DÉPARTEMENT

GENEVOIS

23, avenue Émile Zola
74100 Annemasse
04 50 84 31 60

CHABLAIS

Le Gardénia
3, rue Casimir Capitan
74200 Thonon-les-Bains
04 50 81 89 22



BASSIN ANNÉCIEN

Accueil assuré sur le site central de la MDPH
Accueil téléphonique **04 50 33 20 50**

ARVE FAUCIGNY - MONT-BLANC

187, rue du Quai
74970 Marignier
04 50 47 63 15

Je peux aussi déposer mon dossier en ligne sur le portail MDPH.

<https://mdphenligne.cnsa.fr/mdph/74>