



## 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

Votre aidant familial peut remplir la partie F

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

☐ Oui Dans quel département : \_\_\_\_\_ N° de dossier : \_\_\_\_\_

Le formulaire me permet d'expliquer la situation de mon enfant, ses besoins et ses attentes.

Sur le recto, j'indique quelle est la situation de mon enfant :

- ① C'est notre **première demande** d'aide à la MDPH
- ② Il a **déjà une aide** ; cette aide va s'arrêter et il en a encore besoin
- ③ Il a **déjà une aide, sa situation a changé** et il est nécessaire que la MDPH regarde une nouvelle fois sa situation

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

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

|                                    |                                                                          |                                                           |                                                                   |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>A</b> Votre identité            | Renseignements obligatoires                                              | <b>D</b> Votre situation professionnelle                  | Si votre demande concerne votre projet professionnel              |
| <b>B</b> Votre vie quotidienne     | Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée | <b>E</b> Expression des demandes de droits et prestations |                                                                   |
| <b>C</b> Vie scolaire ou étudiante | Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante               | <b>F</b> 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 ou votre habillage)

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'allocataire : / /

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

Votre numéro de Sécurité Sociale : / /

Si vous avez été aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH, vous acceptez que nous contactions ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

**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 séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale

**A3** Nom : / / Prénoms : / /

## Partie A 1 :

Je renseigne l'identité de mon enfant, mon adresse, mon numéro de téléphone, e-mail des parents, numéro CAF et sécurité sociale.

## Partie A 2 :

La signature des 2 parents est obligatoire. Dans un contexte où l'autorité parentale est encadrée par un jugement (ordonnance du juge aux affaires familiales en cas de séparation du couple parental, mesure de délégation de l'autorité parentale, mesure de tutelle, mesure de protection de l'enfance prononcée par le juge des enfants...), merci de nous transmettre les jugements et de bien indiquer l'ensemble des personnes à contacter pour le suivi de la demande.

## 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. Je peux aussi faire figurer le nom de l'enseignant référent de l'école.

## Partie A 4 :

A remplir uniquement si mon enfant bénéficie d'une mesure de protection.

**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 (ou personne) : / /

Nom et prénom de la personne : / /

N° et rue : / /

Complément d'adresse : / /

Code postal : / /

Commune : / /

Adresse e-mail : / /

**A4** Vous bénéficiez d'une mesure de protection

Type de mesure de protection (cocher, croquer, entourer) :

Représentant légal 1 : / /

Représentant légal 2 (le cas échéant) : / /

Nom de l'organisme (la personne) : / /

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 retrouver 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 : AEBH, AAPH, PCH, ROTH, 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 (Préciser l'identité en regard du nom de la personne ou de l'adulte concerné)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (Pour les enfants, joindre le justificatif du domicile du représentant légal, pour les personnes handicapées ou les personnes âgées, joindre le justificatif de domicile ou l'adresse de l'habitat principal)
- 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 : ☐ 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 fournir à la MDPH l'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 :

- Si vous êtes aidé(e) dans vos démarches
- Si vous êtes aidé(e) dans vos démarches
- Si vous êtes aidé(e) dans vos démarches

**En cas de cas, je ne pourrai pas 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 les besoins des personnes handicapées et leur accès à la vie sociale et professionnelle.

Une évaluation approfondie ne peut être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous reconseille et réajuste. Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.

Quelques conseils, de manière à ce que vous puissiez bénéficier de la procédure simplifiée :

- Anticiper : 15 à 30 jours avant la date de la séance de la CDAPH.
- Anticiper : 15 à 30 jours avant la date de la séance de la CDAPH.
- Anticiper : 15 à 30 jours avant la date de la séance de la CDAPH.

Vous recevrez par courrier une attestation de votre demande dans environ 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.

La signature des 2 parents est obligatoire.

Je coche « j'accepte » ou « je n'accepte pas » que la MDPH échange avec les professionnels qui accompagnent mon enfant.

## PARTIE B : VOTRE VIE QUOTIDIENNE —

Je décris à la MDPH le quotidien de mon enfant et ses habitudes en famille, à l'école (réveil, trajets, activités extrascolaires, vie familiale, impact sur la vie professionnelle des parents).

Si j'ai réduit mon temps de travail en raison de la situation de mon enfant, je précise ma quotité de travail.

Je n'hésite pas à transmettre tous les documents pertinents (bilan éducatif, psychologique, médical, paramédical, etc.), factures, devis du matériel ou prises en charge envisagées pour compenser les difficultés.

Tous ces éléments vont permettre à la MDPH de comprendre au mieux la situation et de traiter qualitativement la demande.

## PARTIE C : VIE SCOLAIRE ET ÉTUDIANTE —

Cette partie concerne **la vie scolaire de mon enfant**.

Pour la bonne instruction du dossier, il est **très important de transmettre l'emploi du temps détaillé de mon enfant**.

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le « **GEVASco** ».

Le GEVASco est un **guide de recueil de données que vous remplissez avec l'équipe pédagogique de l'établissement scolaire**.

Le GEVASco est une **pièce indispensable à la bonne instruction du dossier**.

## PARTIE D : VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE —

Cette partie ne concerne pas les demandes « enfant » sauf si mon enfant a 16 ans ou plus et qu'il poursuit un parcours de formation en alternance (apprentissage ou professionnalisation).

## 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 aux besoins de mon enfant.**

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 ses besoins.

## PARTIE F : VIE DE VOTRE AIDANT FAMILIAL —

L'aidant intervenant auprès d'un enfant handicapé de moins de 20 ans dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 % et qui n'est pas en internat peut bénéficier de l'affiliation gratuite à l'Assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF).

L'affiliation est alors faite automatiquement par la Caisse d'allocations familiales (CAF) sur la base de l'attribution de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Il est inutile de cocher la case AVPF dans la partie E.

# 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](http://www.mdp74.fr)

### Accueil physique du lundi au vendredi

de 8h30 à 12h et de 13h45 à 17h

Fermeture le 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> 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)

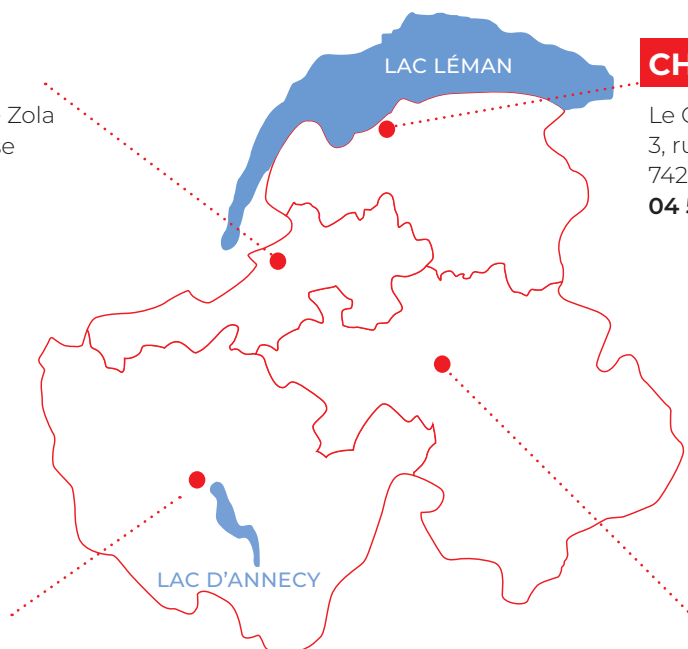
### RELAIS DE LA MDPH SUR LE DÉPARTEMENT

#### 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>