

Identification du demandeur

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Commune de résidence : _____

ATTENTION : le dossier et les justificatifs sont à retourner à la :
MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES (MDPH)
Conseil général de Meurthe-et-Moselle
48, rue du Sergent Blandan
C.O. 19
54035 - NANCY cedex

DOSSIER DE DEMANDE DE COMPENSATION DU HANDICAP

MDPH 54

maison départementale des personnes handicapées de Meurthe-et-Moselle

N° d'enregistrement de la demande :

N° de dossier MDPH : _____

Référent MDPH : _____

Date de réception : | | | | | | | | | |

Cadre réservé à la MDPH

MODE D'EMPLOI

A quoi sert ce dossier de demande ?

A vous permettre de formuler votre demande

A regrouper en un seul formulaire les données nécessaires à la Maison départementale des personnes handicapées et aux financeurs pour tous types de prestations instruites par la Maison départementale des personnes handicapées.

A permettre l'instruction administrative et le traitement de votre demande.

Qui doit le remplir ?

Vous-même (avec l'aide éventuelle d'un proche) ou votre représentant légal le cas échéant.

NB : Vous ou votre représentant légal devez dater et signer les documents.

Quand doit-il être rempli ?

Quand vous jugez nécessaire de formuler un besoin en lien avec votre handicap.
Pour une première demande, à tout moment.

Pour une demande de révision, à tout moment, si votre situation a évolué.

Pour un renouvellement, au moins 6 mois avant la date d'échéance afin d'éviter toute rupture des droits.

Quelles informations doit-il fournir ?

Les données nécessaires à l'étude de votre demande par rapport aux conditions d'éligibilité :

1 – Renseignements administratifs vous concernant vous et éventuellement votre représentant légal

2 – Renseignements sur votre situation actuelle et notamment les dispositifs dont vous bénéficiez déjà

Pourquoi faut-il fournir ces informations ?

Au regard des conditions d'éligibilité, il est nécessaire à la Maison départementale des personnes handicapées de connaître votre situation globale pour définir vos droits et pouvoir ainsi traiter rapidement votre dossier.

Quelles pièces justificatives faut-il joindre ?

Vous devez joindre à ce dossier tous les justificatifs cochés dans les colonnes correspondant à vos demandes (cf. page 4 de la présente demande). Pour les documents confidentiels ou médicaux, veillez à le faire sous pli confidentiel. En cas de difficulté à rassembler ces pièces, n'hésitez pas à solliciter l'aide de la MDPH.

A quel organisme ce formulaire rempli doit-il être adressé ?

Ce dossier doit être envoyé rempli et accompagné de tous les justificatifs demandés à la MDPH . Vous pouvez aussi le remettre au point d'accueil de la MDPH le plus proche de votre lieu de résidence.

En combien d'exemplaires ?

Ce dossier doit être renvoyé en 1 exemplaire.
Il vous est conseillé d'en conserver une photocopie.

Devez-vous envoyer ces documents à d'autres organismes ?

Non, les services de la MDPH se chargent d'envoyer les copies nécessaires aux services concernés.

**JUSTIFICATIFS à JOINDRE uniquement pour une
demande de Prestation de compensation du handicap (PCH)**

- 1 - Formulaire d'identification
- 2 – Formulaire « Mon projet de vie » rempli, daté et signé
- 3 – Formulaire de demande de prestation de compensation pour enfant et pour adulte
- 4 - Photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille ou du passeport
- 5 – Justificatif de domicile
- 6 – Photocopie du titre de séjour (pour les étrangers)
- 7 – Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice
- 8 – Certificat médical du médecin traitant, daté de moins de 3 mois (document joint à compléter)
- 9 – Attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant)
- 10 – Justificatif de fonction élective (le cas échéant) : dépenses d'aide humaine occasionnées dans l'exercice d'un mandat d'élu (municipal, départemental...) ou en tant que représentant des personnes handicapées au sein d'une instance dans laquelle siègent de droit des représentants d'associations
- 11- Attestation de l'attribution d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie
- 12 – Déclaration de ressources de l'année antérieure
- 13 – Relevé d'identité bancaire ou postal – RIB RIP
- 14 – Photocopie du permis de conduire (uniquement pour l'aménagement de véhicule)
- 15 – Factures, devis d'aménagement du domicile, du véhicule ou de matériel



Les personnes titulaires de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou de l'Allocation compensatrice pour frais supplémentaires ou pour frais professionnels (ACFS ou ACFP) ont la possibilité de choisir entre la PCH et le renouvellement de l'ACTP.

Dans ce cas, joindre en complément des pièces mentionnées ci-dessus la photocopie de la feuille d'imposition sur les revenus de l'année précédente.



Pour les enfants : la prestation de compensation porte uniquement sur le besoin en aménagement logement, aménagement de véhicule, surcoût liés aux transports

Fiche d'identification du demandeur

1 Identification de la personne concernée par la présente demande

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Nom d'usage:

Prénoms :

Tél : _____ Mobile : _____

Courriel : _____

Fax : _____

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité : Française EEE * Autre

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

Situation familiale : Célibataire Marié Divorcé

Vie maritale Pacsé Veuf

Depuis le :

Nombre d'enfants à charge :

2 Adresse actuelle

Vous résidez à cette adresse depuis le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° _____ Rue : _____

Code postal :

--	--	--	--	--	--

 Ville : _____

Précisez s'il s'agit :

- de votre domicile
- d'un établissement d'hébergement pour personnes handicapées ou âgées (1)
- de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux (2)

Pour les cas (1) et (2) veuillez préciser l'adresse qui était la vôtre 3 mois avant votre entrée en établissement ou en accueil familial

Nom de la structure ou de la famille d'accueil : _____

Adresse :

N° _____ Rue : _____

Code postal :

--	--	--	--	--	--

 Ville : _____

Si vous ne pouvez pas justifier d'un domicile, merci d'indiquer le nom de l'association (ou de l'organisme à but non lucratif) agréé par le Président du Conseil Général auprès de laquelle vous avez élu domicile :

5 Mineurs ou majeurs sous protection juridique

Pour les mineurs

Nom et prénom de chacun des parents (et/ou du représentant légal) :

Adresse des parents et/ou du représentant légal :

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

Détenteur de l'autorité parentale (si détenue par un seul parent) :

Pour les majeurs

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection juridique ?

OUI NON Demande de mesure en cours

Si oui, Tutelle Cette mesure est exercée par : Famille
 Curatelle Organisme
 Curatelle renforcée Autre
 Sauvegarde de justice
 Tutelle aux prestations sociales

Coordonnées du tuteur / curateur :

Nom :

Prénom :

N° _____ Rue : _____

Code postal : Ville : _____

Tél : _____

Courriel : _____

6 Historique administratif

Avez-vous déjà un dossier à la Maison départementale des personnes handicapées ?

OUI NON

Si oui, quel est votre numéro de dossier MDPH ? : _____

Si non,

Aviez-vous un dossier à la COTOREP ? OUI NON

Si oui, votre numéro de dossier COTOREP : _____

Aviez vous un dossier à la CDES ? OUI NON

Si oui, votre numéro de dossier CDES : _____

Dans quel département ?

7 Procédure simplifiée

je souhaite que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Si vous choisissez cette option, vos droits seront étudiés mais vous ne pourrez pas être entendu par la CDAPH (Commission des droits pour l'autonomie de la personne handicapée)

8 Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications relatives à cette déclaration

Fait à : _____ Le :

Signature du demandeur ou de son représentant légal :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L 554-1 L 835 5 du Code de la sécurité sociale - Article L 351.13 du Code de la construction et de l'habitation - 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 rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Votre CAF ou votre MSA procède à des échanges d'informations avec le Fisc, l'Assedic. Déclarez bien votre situation exacte. À défaut, vous risqueriez de devoir rembourser les sommes perçues à tort.

Demande de Prestation de Compensation OU de renouvellement d'Allocation Compensatrice

1 Prestation de compensation Allocation compensatrice

Première demande Renouvellement - date d'échéance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si vous êtes bénéficiaire de l'allocation compensatrice, vous pouvez demander la Prestation de Compensation du Handicap, qui se substituera à l'Allocation Compensatrice.

2 Identification du demandeur

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 Identification de la demande

- aide humaine d'une personne dans la vie quotidienne
- aide technique, matériel ou équipement particuliers
- aménagement du logement
- aménagement du véhicule
- aide financière pour dépenses spécifiques ou exceptionnelles
- aide animalière
- Vous ne savez pas quels sont vos besoins et vous demandez l'aide de la MDPH pour les déterminer

4 Situation du demandeur

Percevez-vous déjà une allocation compensatrice pour tierce personne ?

OUI NON

Percevez-vous déjà une allocation compensatrice pour frais professionnels ?

OUI NON

Bénéficiez-vous d'une majoration tierce personne ?

OUI NON

Identification de la demande

Première demande

Renouvellement

date d'échéance :

Situation du demandeur

Bénéficiez-vous actuellement de l'aide d'une ou plusieurs personnes à domicile ?

OUI

NON

Si oui :

auxiliaire de vie

infirmière

membre de la famille

un service

autre à préciser :

Précisez le statut ou les coordonnées du ou des aidants :

Bénéficiez vous d'une Majoration Tierce Personne ?

OUI

NON

Pouvez-vous préciser le nombre d'heures d'aide dont vous bénéficiez déjà :

... par mois

... par semaine :

A votre avis cette aide est-elle suffisante ?

OUI

NON

Si non, précisez :

le type d'aide dont vous avez besoin :

le nombre d'heures d'aide que vous estimez nécessaire

Avez-vous besoin d'une aide humaine pour l'exercice de votre activité professionnelle ?

OUI

NON

Si oui précisez :

le type d'aide dont vous avez besoin :

le nombre d'heures d'aide que vous estimez nécessaire

Avez-vous besoin d'une aide humaine pour l'exercice d'une fonction élective ou pour siéger dans une instance ou un organisme ?

OUI

NON

Si oui précisez :

les mandats qui sont les vôtres :

le type d'aide dont vous avez besoin :

le nombre d'heures d'aide que vous estimez nécessaire

Identification de la demande

Première demande

Renouvellement

date d'échéance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Situation du demandeur

Utilisez-vous actuellement des matériels ou équipements particuliers à votre handicap ?

OUI NON

Si oui lesquels :

et depuis quand :

_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				

Pour cela avez-vous déposé un dossier de financement SVA (Site pour la vie autonome) ?

OUI NON

Avez-vous besoin d'autres matériels ou équipements particuliers à votre handicap ?

OUI NON

Si oui lesquels :

Identification de la demande

Première demande

Renouvellement

date d'échéance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si la personne handicapée est un enfant, bénéficie-t-il d'un complément d'AES (Allocation d'Education Spéciale) ou AEEH (Allocation d'Education pour Enfant Handicapé qui remplace l'AES) ?

OUI

NON

En attente de réponse de la CDES

Si oui, montant perçu :

Logement du demandeur (résidence principale)

Etes vous :

propriétaire

locataire - nom du propriétaire :

hébergé - nom de l'hébergeant :

degré de parenté de l'hébergeant :

Description du logement

Vous habitez :

une maison individuelle

un appartement

Nombre de pièces :

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de ce logement ?

OUI

NON

Si oui de quel type :

et depuis quand :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pour cela avez-vous déposé un dossier de financement SVA (Site pour la vie autonome) ?

OUI

NON

Avez-vous besoin d'aménagements ou de nouveaux aménagements de ce logement, en lien avec votre handicap ?

OUI

NON

Si oui de quel type d'aménagement ?

En cas d'impossibilité d'aménagement de votre logement et si vous décidez de déménager dans un logement accessible, demandez-vous une participation aux frais de déménagement ?

OUI

NON

Identification de la demande

Première demande

Renouvellement

date d'échéance :

Si le demandeur est un enfant, reçoit-il une AES (Allocation d'Education Spéciale) ou AEEH (Allocation d'Education pour Enfant Handicapé qui remplace l'AES) ?

OUI

NON

En attente de réponse de la CDES

Si oui, montant perçu :

Véhicule

Etes-vous titulaire d'un permis de conduire ?

OUI

NON

Si oui, comporte-t-il des restrictions ?

OUI

NON

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous obligation d'utiliser des équipements spéciaux ?

OUI

NON

Si oui, lesquels ?

Etes-vous propriétaire du véhicule à aménager ?

OUI

NON

Si non, à qui appartient le véhicule que vous utilisez ?

Conduisez-vous ce véhicule ?

OUI

NON

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de véhicule

OUI

NON

Si oui de quel type ?

Accès au véhicule

Poste de conduite

Aménagement pour le passager

Autre

Depuis quand ?

Pour cela avez-vous déposé un dossier de financement SVA (Site pour la vie autonome) ?

OUI

NON

Avez-vous besoin de nouveaux aménagements de ce véhicule ou d'aménagement d'un nouveau véhicule en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant ?

OUI NON

Si oui de quel type d'aménagement ? _____

Avez-vous un surcoût financier occasionné par des déplacements réguliers et fréquents y compris lors de d'un départ annuel en congé ?

OUI NON

Si oui de quels types de surcoût s'agit il ? :

- Véhicules aménagés
- Surclassement
- Autres

Cette demande concerne-t-elle un enfant handicapé ?

OUI NON

Si oui, perçoit-il l'AES (Allocation d'Education Spéciale) ou l'AEEH (Allocation d'Education pour Enfant Handicapé qui remplace l'AES) ?

OUI NON

Si oui, précisez le montant perçu : _____

Identification de la demande

Première demande

Renouvellement

date d'échéance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Situation du demandeur**Décrivez vos frais spécifiques ne relevant pas des rubriques précédentes**

Estimation de la dépense mensuelle

Avez-vous des frais exceptionnels ponctuels ?**OUI****NON****Si oui, lesquels ?**

Estimation de la dépense :

FICHE de RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Quelles sont les deux principales déficiences qui justifient la demande à la MDPH ?

(cochez 2 cases au maximum)

*Déficience motrice
visuelle*

Déficience auditive

Déficience

Déficience psychique

Déficience intellectuelle

Déficience du

*Déficience viscérale
(respiratoire, cardiaque, métabolisme, etc.)*

*Autres déficiences
(douleurs, esthétique, etc.)*

Précisions que vous souhaitez apporter

A ce titre qui assure le suivi médical spécifique (hors médecin généraliste) ?
(précisez les coordonnées du service spécialisé, du service hospitalier ou autre)

Quels sont les professionnels que vous connaissez déjà?
(précisez les coordonnées de ces professionnels)

- Equipe médicale et paramédicale*
- Service social*
- Autres services ou professionnels*

Décision de mandatement de l'équipe d'évaluation par le coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH 54 (*ne pas remplir*)



Tournez SVP

S'IL EST AGÉ DE MOINS DE 20 ANS, LE DEMANDEUR

(cochez les cases utiles, plusieurs réponses possibles)

- est scolarisé en milieu ordinaire** (à temps plein ou partiel) ?
- bénéficie du dispositif Handiscol** (auxiliaires de vie scolaire, outils pédagogiques adaptés) ?
- est accueilli en établissement** (qu'il soit interne ou externe) ?
- est suivi par un Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile** (SESSAD, SSES, SAAAS) ?
- est suivi par un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce** (CAMSP) ?
- est suivi par un Centre Médico-Psycho-Pédagogique** (CMPP) ?
- est suivi par une consultation médicale spécifique ?**
(précisez les coordonnées du service spécialisé, de l'établissement, etc.)

S'IL EST AGÉ DE PLUS DE 20 ANS, LE DEMANDEUR

(cochez les cases utiles, plusieurs réponses possibles)

- travaille en milieu ordinaire
- travaille en milieu protégé
- ne travaille pas
- est connu et accompagné par Cap Emploi Handi 54
- a été en soins de rééducation ou suivi dans le cadre d'un établissement ou d'un service spécialisé
- est encore suivi dans ce cadre

Si oui, à quel rythme et auprès de qui,

Si non, depuis quand

(précisez les coordonnées du service spécialisé, de l'établissement, etc.)

S'IL EST AGÉ DE PLUS DE 60 ANS, LE DEMANDEUR

Quelle est la caisse de retraite MAJORITAIRE

- CRAM MSA SNCF URSSME Autre

(préciser)

bénéficie de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) ?

MON PROJET DE VIE

Nom et Prénom :

Adresse :

Tel :

Courriel :

Vous allez fournir ce document à la MDPH :

- Il est confidentiel.
- Il vous permet d'exprimer librement vos souhaits et besoins en relation avec votre situation. Vous pourrez le modifier à tout moment.
- Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan Personnalisé de Compensation.
- Aucune décision ne pourra être prise par la Commission des Droits et de l'Autonomie sans ce document.

Je ne souhaite pas exprimer mes souhaits et besoins concernant les différents aspects de ma vie (n'oubliez pas de dater et de signer ce formulaire en deuxième page)

Je souhaite exprimer mes souhaits et besoins concernant les différents aspects de ma vie
(Communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...)

1 - Quels sont mes souhaits ?

2 - Quels sont mes besoins ?

3 – Je souhaite formuler les observations complémentaires suivantes :

(Si vous manquez de place n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

Date et Signature :

Nom et fonction de la personne qui vous a accompagné dans cette formulation :

Nom et Prénom du représentant légal *(quand il existe)*

Lien de parenté :

Adresse :

Tel :

Signature du représentant légal