





# Table des matières

Pourquoi ce guide ? .....	4
Qu'est-ce que la MDPH ? .....	4
De quoi est constitué le dossier MDPH ?.....	5
A Votre identité .....	7
B Votre vie quotidienne.....	9
C Vie scolaire ou étudiante.....	11
D Votre situation professionnelle .....	13
E Expression des demandes de droits et prestations .....	15
Aides et prestations pour les mineurs et majeurs de moins de 20 ans .....	16
Aides et prestations pour les majeurs de plus de 20 ans .....	17
F Vie de votre aidant familial.....	19
Certificat médical .....	20
Informations utiles .....	21
Annuaire des MDPH de Poitou-Charentes .....	23
Contactez l'assistante sociale de votre secteur .....	24
Annuaire des associations de familles.....	24

## Pourquoi ce guide ?

Ce guide pratique est un appui pour vous accompagner dans le remplissage du dossier destiné à la MDPH suite au diagnostic d'autisme et/ou d'un autre trouble du neurodéveloppement.

Ce guide a été élaboré par l'assistante sociale du Centre Ressources Autisme Poitou-Charentes en adaptant le « Guide pratique des usagers : le dossier MDPH » élaboré par le Centre Ressources Autisme Limousin.

**Ce guide est proposé à titre d'information pour les familles.** Il ne remplace pas les conseils de la MDPH dont vous dépendez. L'Institut Fédératif du Développement et le CRA Poitou-Charentes ne proposent pas d'aide pour renseigner le dossier.

## Qu'est-ce que la MDPH ?

La **maison départementale des personnes handicapées (MDPH)** accompagne au quotidien les personnes handicapées dans tous les domaines de leur vie, quels que soient leur âge et leur situation. Il y a une MDPH par département.

**La MDPH ne peut pas intervenir tant qu'elle n'a pas reçu de demande de la part d'une personne handicapée ou de son représentant légal** (sauf dérogation légalement prévue).

Cette demande doit être transmise à la MDPH dans le cadre du **dépôt d'un dossier**.

La MDPH compétente pour traiter votre dossier est celle du **département où se trouve la résidence principale de la personne concernée**. Est considérée comme résidence principale, la résidence habituelle de plus de trois mois de la personne en situation de handicap (hors accueil en établissement médico-social).

### Chaque MDPH met en place :

- une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée ;
- une **commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)** qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.

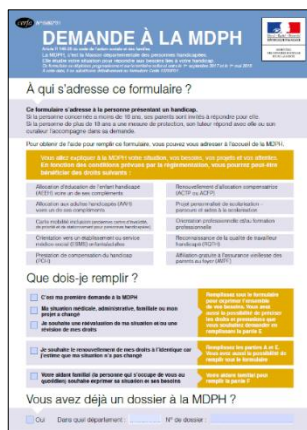
### Les services que vous pouvez trouver à la MDPH :

- accueil des personnes handicapées et de leur famille,
- information sur les droits et les aides,
- accompagnement et conseils dans les démarches et les dossiers,
- étude et suivi des dossiers et des demandes.

# De quoi est constitué le dossier MDPH ?

## Des documents obligatoires :

### Formulaire unique de demande à la MDPH



Le formulaire comporte 20 pages à renseigner le plus précisément possible sur la situation, les besoins et les attentes de la personne concernée. Il sert de base à l'évaluation des besoins de compensation par la MDPH.

Le formulaire concerne les enfants et les adultes. En fonction de votre situation, vous n'avez pas à renseigner toutes les pages.

6 parties distinctes déclinées avec des lettres :

- A Votre identité
- B Votre vie quotidienne
- C Vie scolaire ou étudiante
- D Votre situation professionnelle
- E Expression des demandes de droits et prestations
- F Vie de votre aidant familial

Document CERFA : [Cerfa 15692\\*01](#)


### Certificat médical original de moins de 12 mois



Le certificat médical est à renseigner par un médecin. Un certificat sur un autre support ne sera pas validé par la MDPH.

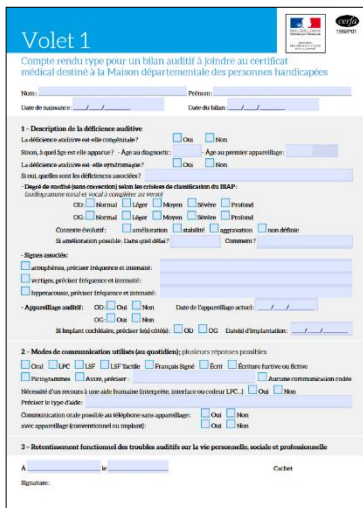
Document CERFA : [Cerfa 15695\\*01](#)

### Justificatif d'identité de la personne concernée par la demande + justificatif d'identité des représentants légaux si la personne est mineure.

 **Justificatif de domicile** + attestation d'hébergement si nécessaire.

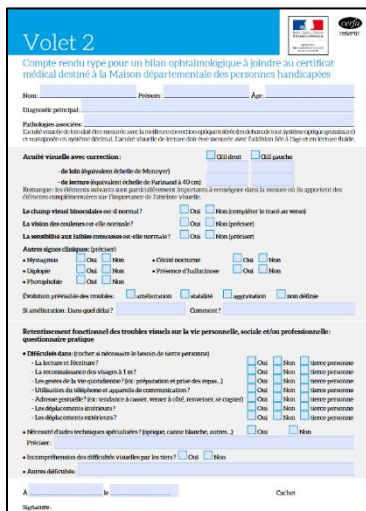
## Des documents facultatifs :

### **Bilan auditif**



[Cerfa 15695\\*01 Annexe Volet 1](#)

### **Bilan ophtalmologique**



[Cerfa 15695\\*01 Annexe Volet 2](#)

## **Copies de documents médicaux, scolaires, et tout autre bilan complémentaire**

Tout élément explicatif du projet de vie et du retentissement du handicap sur la vie quotidienne : Gevasco (Guide d'évaluation scolaire), compte-rendu d'hospitalisation, de psychologue, d'ergothérapeute, d'orthophoniste, de psychomotricien, d'équipe mobile, etc.

**cerfa** N°15802\*01

## DEMANDE À LA MDPH

Article R146-26 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 15788\*01.

**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 ?**

<input type="checkbox"/> C'est ma première demande à la MDPH	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.
<input type="checkbox"/> Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé	
<input type="checkbox"/> Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits	
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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 : .....

Pensez à cocher.

À renseigner si vous disposez déjà d'un dossier MDPH dans le passé.

**A Votre identité**

**Renseignements obligatoires**

**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, précisez : .....  
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 ☐ Téléphone ☐ 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 (précisez) : .....  
Votre numéro de Sécurité Sociale : .....  
Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquez 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

À renseigner au nom de la personne / enfant concerné par le dossier.

N'oubliez pas de renseigner cette partie.

À renseigner si le dossier concerne un mineur.

# A Votre identité

**A** **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 (si pertinent) : \_\_\_\_\_  
 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, interdiction, habilitation familiale) :	Représentant légal 1	Représentant légal 2 (le cas échéant)
Nom de l'organisme (si pertinent) :	_____	_____
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'arrivez 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 sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement  
☐ Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation  
 Expliquez la difficulté : \_\_\_\_\_  
 Date d'entrée prévue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc...)  
 Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance : \_\_\_\_\_

À cocher si vous demandez un traitement du dossier en urgence.

Justificatifs à joindre au dossier :

- pièce d'identité de la personne concernée par le dossier,
- pièces d'identité des représentants légaux si la personne est mineure,
- justificatif de domicile (+ attestation d'hébergement si nécessaire).

**A** **Documents à joindre obligatoirement à votre demande**

- 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. ☐ 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, j'assume 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 mauvaises foi, des informations fausses 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**

**M.D.P.H.**  
Formulaire de demande

**MDPH**  
 Accueil physique : \_\_\_\_\_  
 Accueil téléphonique : \_\_\_\_\_

N'oubliez pas de signer et dater.

Pour une demande et un traitement urgent ou rapide.



**B** Votre vie quotidienne Renseignements obligatoires  
sauf renouvellement avec  
situation inchangée

**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

☐ Autre situation, précisez : \_\_\_\_\_

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)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ 5/20

Partie réservée aux demandeurs adultes :

Vous devez déclarer vos sources de revenus ici (n'hésitez pas à fournir des justificatifs. Par ex. : attestation de situation de la CAF, déclaration d'impôt).

À renseigner seulement si des aides existent déjà (les aides humaines à l'école n'apparaissent pas ici).

**B** Votre vie quotidienne Renseignements obligatoires  
sauf renouvellement avec  
situation inchangée

**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 l'MDPH qui vous verra 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, précisez : \_\_\_\_\_

6/20

À renseigner si le dossier concerne un enfant et si l'un des deux parents a renoncé à son emploi (partiellement ou pas) en lien avec le handicap de l'enfant.

Déclarer ici les dépenses telles que psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, matériel sensoriel etc... (*devis et factures nécessaires*).

À renseigner : si une difficulté, une autonomie partielle est existante dans l'un des items, il faut le cocher (par ex. : nécessité d'une stimulation régulière, d'une présence et d'une guidance verbale, situation anxiogène importante, etc.).

Utiliser ces parties pour préciser une difficulté non listée (ex. : sommeil).

[illegible]

*Se référer au guide édité par le  
Groupement National des CRA pour la  
rédaction (voir p. 21).*

**C** Vie scolaire ou étudiante Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

**C1** Situation scolaire

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :

☐ En milieu ordinaire

☐ A 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

☐ Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Au sein de quel(s) établissement(s) ?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Depuis le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

A 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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ 9/20

N'oubliez pas de renseigner cet encart.

**C** Vie scolaire ou étudiante Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

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/nuît							

10/20

Penser à faire apparaître si un accompagnement est en place (par ex. : orthophoniste, psychologue, SESSAD, PCPE, etc.).

Si un AESH est déjà notifié mais non attribué, il faut le préciser.

Le planning de l'enfant/étudiant :

- Temps scolaire/universitaire.
- Temps d'accompagnement en libéral ou autre.
- Centre de loisirs par exemple mais pas les activités de loisirs.

**Conseil :** si possible, renseigner cette partie avec l'enseignant/professeur.

**C Vie scolaire ou étudiante** Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

**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**

☐ Pour lire ☐ Pour écrire, prendre des notes  
☐ Pour calculer ☐ Pour comprendre, suivre les consignes  
☐ Pour organiser, contrôler son travail ☐ Pour l'utilisation du matériel  
☐ Autre, précisez : .....

**Besoins pour communiquer**

☐ Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre ☐ Pour les relations avec les autres  
☐ Pour assurer sa sécurité  
☐ Autre, précisez : .....

**Besoins pour l'entretien personnel**

☐ Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes) ☐ Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements)  
☐ Pour les repas (manger, boire) ☐ Pour prendre soin de sa santé  
☐ Autre, précisez : .....

**Besoins pour se déplacer**

☐ Pour se déplacer à l'intérieur des locaux ☐ Pour se déplacer à l'extérieur des locaux  
☐ Pour utiliser les transports en commun  
☐ Autre, précisez : .....

Nom : ..... Prénom : ..... 11/20

1. Considérer qu'une stimulation verbale est une aide donc un besoin à exprimer.
2. Faire apparaître :
  - Les troubles de l'attention.
  - Les difficultés à l'écrit.
  - Les difficultés en motricité fine.
  - Le niveau de compréhension des consignes individuelles/collectives.
  - Les conduites lors des récréations.
  - Les conduites lors des transitions.
  - Les difficultés en terme d'organisation.
  - Les besoins lors des temps de cantine.
  - etc.

Ne pas oublier de transmettre le Gevasco. (Guide d'évaluation scolaire)

**C Vie scolaire ou étudiante** Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

**C3 Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante**  
Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

☐ Une adaptation de la scolarité ☐ Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation  
☐ Une orientation scolaire différente ☐ Une prise en charge par un établissement sans hébergement  
☐ Une aide humaine ☐ Une prise en charge par un établissement avec hébergement  
☐ Une aide matérielle  
☐ Autre, précisez : .....

Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire, universitaire ou médico-social qui pourrait répondre à vos attentes ? Si oui, lequel ? .....

Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le «GEVASco». Le GEVASco, c'est un guide de recueil de données que vous remplissez avec le directeur d'établissement (première demande) ou l'enseignant référent (réexamen). Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.

Pour les enfants scolarisés joindre impérativement le formulaire GEVASco pour toute demande de renouvellement d'aide pour la scolarisation et si possible pour toute première demande à ce propos.

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre enseignant référent, indiquez pourquoi : .....

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie scolaire, étudiante ou apprentissage, indiquez-les ici : .....

12/20

Cette partie permet d'exprimer les demandes de :

- Adaptation des supports, de l'espace, etc. sous l'item « Une adaptation de la scolarité ».
- AESH sous l'item « Une aide humaine ».
- Matériel pédagogique sous l'item « Une aide matérielle ».
- Besoin de SESSAD, PCPE, etc. sous l'item « Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation ».
- Orientation vers une scolarité adaptée (ULIS, Autorégulation, UEEA, UEMA, etc.).
- Orientation vers une structure type IME.
- Besoin d'un accompagnement par un professionnel en libéral lors des temps scolaires dans l'item « Autre ».

Ici vous pouvez expliquer et argumenter les demandes faites sur le plan scolaire. On utilisera aussi cette zone pour les demandes de tiers temps aux examens par ex., et d'aménagements plus spécifiques.

# D Votre situation professionnelle

**D** Votre situation professionnelle Si votre demande concerne votre projet professionnel

**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 : 13/20

La partie D concerne les personnes de 16 ans et + arrivées au terme de leur parcours scolaire.

**Lister les difficultés liées à l'emploi est indispensable**, par ex. :

- Travail en équipe,
- Temps de réunion,
- Accueil du public,
- Angoisses majeures,
- Difficultés du rythme horaire,
- Sensibilité au bruit et/ou à la lumière,
- Temps de pause,
- Stationnement et déplacements,
- Entretiens,
- Organisation des tâches,
- Besoin de consignes claires,
- Recours nécessaire aux supports visuels
- etc.

**D** Votre situation professionnelle Si votre demande concerne votre projet professionnel

☐ 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

14/20

Ce volet doit être rempli  
**SAUF**  
si vous préférez joindre un **CV**.

Indispensable à renseigner, soyez le plus clair possible.

Ici vous pouvez expliquer, argumenter les difficultés et les besoins d'aménagements sur le secteur de l'emploi.



## E Expression des demandes de droits et prestations

### 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 Orton
- ☐ 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 :

Nom :

Prénom :

17/20

## E Expression des demandes de droits et prestations

### E3 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 réentrainement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UERO)

- ☐ 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.

18/20

Ce volet est un récapitulatif des demandes exprimées au fil du dossier.  
À RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT.

Consultez les pages 15 à 17 de ce livret pour le descriptif des aides existantes. Si vous rencontrez des difficultés, tournez-vous vers une Assistante Sociale (AS) de la MDPH, votre AS de secteur, ou un professionnel du secteur social et médico-social.

Il faut réécrire les demandes liées à la scolarité :

- AESH.
- Orientation demandée.
- Matériel pédagogique adapté.
- Tiers temps aux examens.
- Aménagements des supports/environnement.
- Etc.

La RQTH se demande ici.

# Aides et prestations pour les mineurs et majeurs de moins de 20 ans

## ALLOCATION D'ÉDUCATION POUR ENFANT HANDICAPÉ (AEEH)

- Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé peut prétendre à l'AEEH en fonction du taux d'incapacité retenu par la CDAPH (article L 541-1 du code de la sécurité sociale).
- Versée par la CAF ou la MSA.
- Pour aider à compenser les dépenses liées au handicap de l'enfant, que ce soit au niveau de l'éducation ou au niveau des soins.
- Non imposable, cette prestation n'est soumise à aucune condition de ressources.

## COMPLÉMENTS D'ALLOCATION D'ÉDUCATION POUR ENFANT HANDICAPÉ

- Aide financière justifiée par le niveau de handicap de l'enfant, les différentes contraintes qui en résultent pour la famille, et les moyens mis en œuvre pour les compenser (fournir des devis/factures).

**Il existe 6 niveaux de complément.**

- Financée soit par la Caisse d'Allocations Familiales soit par le Conseil Départemental.
- La **CDAPH** peut décider d'attribuer un complément si le handicap occasionne :
  - **des surcoûts liés** au handicap du fait d'une **autonomie réduite** comparée à un enfant du même âge,
  - l'intervention d'une **tierce personne**, et/ou le fait qu'un des parents soit contraint de **renoncer partiellement ou totalement à son activité professionnelle**.

## RECONNAISSANCE DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH)

- Une demande de RQTH est possible pour les **personnes âgées de plus de 16 ans, lorsque l'entrée dans l'emploi/stage est en projet**.
- Une **équivalence** existe pour tous les personnes âgées de 15 à 20 ans avec un droit ouvert à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), la prestation de compensation du handicap (PCH) ou bénéficiant d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS). Ces droits valent une RQTH pour les personnes concernées.
- La RQTH est reconnue à toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites du fait de la dégradation d'au moins une fonction physique, sensorielle, mentale ou psychique.
- Permet de bénéficier d'aménagements d'horaires en fonction des conséquences du handicap.
- Permet de bénéficier de règles particulières en cas de rupture de contrat de travail, comme le doublement de la durée du préavis de licenciement.
- La RQTH est accordée pour une durée déterminée. C'est au salarié de renouveler sa demande si nécessaire.

## PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

- Destinée à compenser les besoins liés à la perte d'autonomie.
- Aide financière justifiée par le niveau de handicap de l'enfant, les différentes contraintes qui en résultent pour la famille, et les moyens mis en œuvre pour les compenser.
- Versée par le Conseil Départemental.
- Ouverte aux enfants et jeunes de moins de 20 ans depuis le 1er avril 2008.
- Son attribution est personnalisée.



### **CARTE MOBILITÉ INCLUSION PRIORITÉ (CMIP)**

La Carte mobilité inclusion (CMI) priorité permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, de même que dans les établissements et les manifestations accueillant du public.

Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente.

Elle va remplacer progressivement l'ancienne carte de priorité.

La CMI priorité est attribuée à tout enfant dont le taux d'incapacité est inférieur à 80% et pour lequel la station debout est considérée comme pénible. Cette condition est appréciée en tenant compte des aides techniques auxquelles l'enfant peut avoir recours.

### **CARTE MOBILITÉ INCLUSION STATIONNEMENT (CMIS)**

La Carte mobilité inclusion (CMI) stationnement permet à la personne accompagnant l'enfant d'utiliser les places réservées dans les lieux ouverts au public.

La CMI stationnement est attribuée à tout enfant atteint d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied.

## **Aides et prestations pour les majeurs de plus de 20 ans**

### **ALLOCATION POUR ADULTE HANDICAPÉ (AAH)**

- L'allocation aux adultes handicapés est versée aux personnes ayant un taux d'incapacité permanente : d'au moins 80% ou compris entre 50 et 79 %. Dans ce dernier cas, la personne doit remplir la condition supplémentaire d'avoir une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.
- Versée par la CAF ou la MSA,
- Seules les personnes habitant de façon permanente en France ou possédant un titre de séjour peuvent prétendre à l'**AAH**.
- Le demandeur doit être âgé d'au moins 20 ans, ou au moins 16 ans pour un jeune qui n'est plus considéré à la charge de ses parents pour le bénéfice des prestations familiales.
- Vos ressources ajoutées à celles de la personne avec laquelle vous vivez en couple ne doivent pas dépasser un plafond.

### **RECONNAISSANCE DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH)**

- La RQTH est reconnue à toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites du fait de la dégradation d'au moins une fonction physique, sensorielle, mentale ou psychique.
- La personne doit être âgée de plus de 20 ans (ou plus de 16 ans lorsque l'entrée dans l'emploi/stage est en projet).
- Permet de bénéficier d'aménagements d'horaires en fonction des conséquences de votre handicap.
- Permet de bénéficier de règles particulières en cas de rupture de contrat de travail, comme le doublement de la durée du préavis de licenciement.
- La RQTH est accordée pour une durée déterminée. C'est au salarié de renouveler sa demande si nécessaire.

### **PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)**

- Aide financière non soumise à une condition de ressources. Cependant, une participation est laissée à la charge du bénéficiaire, elle est fonction de son niveau de ressources.
- La PCH est accordée en fonction de la perte d'autonomie.
- Le demandeur doit rencontrer :
  - Une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité, sur le plan de la mobilité, de l'entretien personnel, de la communication, des tâches et exigences générales et des relations avec autrui. La difficulté d'accomplir ces activités est qualifiée d'absolue lorsqu'elles ne peuvent pas du tout être réalisées par la personne handicapée.
- Ou
  - Une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités, sur le plan de la mobilité, de l'entretien personnel, de la communication, des tâches et exigences générales et des relations avec autrui. La difficulté à accomplir ces activités est qualifiée de grave lorsqu'elles sont réalisées difficilement et de façon altérée par la personne handicapée.
- Versée par le Conseil Départemental.
- Le demandeur doit avoir moins de 60 ans sauf s'il exerce toujours une activité professionnelle.
- Son attribution est personnalisée.

### **CARTE MOBILITÉ INCLUSION PRIORITÉ (CMIP)**

Les personnes handicapées et les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent obtenir une carte mobilité inclusion (CMI) destinée à leur faciliter la vie quotidienne.

En fonction de la situation et des besoins de la personne, cette carte peut porter une ou plusieurs des mentions suivantes : « invalidité », « priorité pour personnes handicapées » et « stationnement pour personnes handicapées ».

Cette condition est appréciée en tenant compte des aides techniques auxquelles la personne peut avoir recours.

### **COMPLÉMENT DE RESSOURCES / MAJORATION POUR LA VIE AUTONOME (MVA)**

Le complément de ressources s'appelle désormais la **Majoration pour la vie autonome (MVA)** depuis le 1er décembre 2019.

La MVA, mise en place par la loi Handicap de 2005, permet aux personnes handicapées vivant à domicile de couvrir les dépenses d'aménagement de leur logement sous certaines conditions (bénéficiaire de l'AAH, taux d'incapacité supérieur à 80%, avoir un logement indépendant et percevoir l'aide au logement, ne pas percevoir de revenu à caractère professionnel).

**F** Vie de votre aidant familial

Si vous souhaitez exprimer des besoins en tant qu'aidant familial

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 :

Prénom de l'aidant :

Adresse de l'aidant :

Date de naissance :

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, précisez :

Oui 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, précisez :

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ?

☐ Oui, laquelle :

☐ Non

Nom :  Prénom :  19/20

### Pour les enfants :

Les parents/grands-parents sont identifiés comme aidants familiaux, mais pas les familles d'accueil, considérées comme professionnels.

### Pour les adultes :

Toute personne, non professionnelle, qui vous aide dans l'organisation/la réalisation des gestes de votre quotidien, est considérée comme un aidant familial et peut renseigner cette partie.

**F** Vie de votre aidant familial

Si vous souhaitez exprimer des besoins en tant qu'aidant familial

Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

<input type="checkbox"/> Éloignement géographique (déménagement...)	<input type="checkbox"/> Problème de santé
<input type="checkbox"/> Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)	<input type="checkbox"/> Changement majeur dans la situation professionnelle
<input type="checkbox"/> Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...)	<input type="checkbox"/> Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épousement, avancée en âge...)

☐ Autre, précisez :

**F2** Vos attentes en tant qu'aidant familial

<input type="checkbox"/> Pouvoir vous reposer au quotidien	<input type="checkbox"/> Obtenir une contrepartie financière
<input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin	<input type="checkbox"/> Échanger avec d'autres aidants
<input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu	<input type="checkbox"/> Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche
<input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances	<input type="checkbox"/> Avoir un soutien psychologique
<input type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche
<input type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux	<input type="checkbox"/> Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse

☐ Autre, précisez :

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 :

20/20

À cocher si l'aidant a renoncé à son emploi, même partiellement et que cette réduction d'activité est en lien avec le handicap de la personne concernée par le dossier.

Seul l'aidant signe ici.

**Le certificat médical est à faire établir par un médecin, il est obligatoire et à joindre conjointement au formulaire de demande de la MDPH.** Seul un certificat de moins de 12 mois est accepté par la MDPH.

Pour information :

1. Pensez à prendre un rendez-vous dédié au certificat et à en avertir le médecin lors de la prise de rendez-vous.
2. Pensez à indiquer au médecin s'il s'agit d'un certificat initial ou d'un renouvellement.
3. Pensez à amener tous les bilans, ou documents qui renseignent votre diagnostic et vos difficultés.

**Certificat médical**

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

**A l'attention du médecin**

Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? ☐ Oui ☐ Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ? ☐ Oui ☐ Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ? ☐ Oui ☐ Non

\* « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

**Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :**

Je soussigné Docteur \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ou Mme \_\_\_\_\_  
depuis mon précédent certificat. Signature : \_\_\_\_\_

**A l'attention du patient**

Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
N° d'immatriculation sécurité sociale : \_\_\_\_\_ N° de dossier auprès de la MDPH : \_\_\_\_\_  
Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ? \_\_\_\_\_

**A joindre à ce document**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

La partie identité est à renseigner par la personne qui dépose le dossier ou son représentant légal avant le rendez-vous avec le médecin.

Indiquer les demandes exprimées dans le dossier MDPH administratif avant de rencontrer le médecin.

Pensez à joindre les comptes rendu de bilan dont vous disposez à ce certificat lors du dépôt du dossier auprès de la MDPH.

# Informations utiles

## Où trouver les documents (cerfa) du dossier MDPH ?

- À retirer directement à l'accueil de votre MDPH.
- À demander par téléphone.
- À télécharger sur le site de votre MDPH, de votre Conseil Départemental ou de Parcours Handicap :

<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/formulaire-de-demande-la-mdph-cerfa-ndeg-1569201>

Par ex., sur le site de la MDPH 16 : <https://www.mdph-16.fr/formulaires/>

- Compléter le dossier directement en ligne via le téléservice MDPH en ligne : <https://mdphenligne.cnsa.fr/>



Formulaires  
MDPH 16



Téléservice MDPH

## Comment déposer le dossier MDPH :

- Sur place dans un lieu d'accueil de la MDPH.
- Par courrier à l'adresse postale de la MDPH.
- En ligne, via le téléservice de la MDPH.

À la réception du dossier, la MDPH délivre un **accusé de réception**.

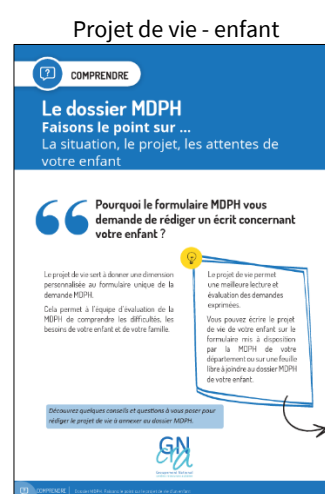
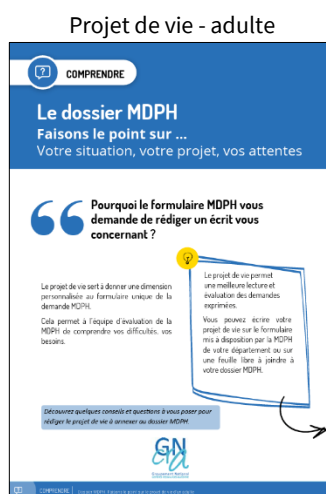
## Comment suivre et modifier le dossier MDPH :

Une fois le dossier déposé à la MDPH, vous pouvez encore modifier ou ajouter des demandes tant qu'il n'est pas passé en commission (CDAPH). Il vous suffit de faire parvenir à la MDPH votre nouveau souhait en rappelant votre **numéro de dossier** (numéro attribué sur l'accusé de réception du dossier envoyé par la MDPH) :

- Par téléphone en contactant votre MDPH.
- Sur votre compte en ligne, en utilisant l'identifiant et le mot-de-passe envoyés par courrier par la MDPH.

## Guides pour renseigner et suivre le dossier MDPH :

- Guides édités par le groupe professionnel des assistantes sociales du Groupement National des CRA (GNCRA) :



- Maison de l'Autisme, Dossier MDPH en cas d'autisme :  
<https://maisondelautisme.gouv.fr/fiches-pratiques-autisme/dossier-mdph-autisme/>
- CRA Île-de-France : vidéo YouTube « Quelques conseils pour remplir le dossier MDPH » : <https://www.youtube.com/watch?v=KbJUJVTjtAQ>
- Envol Isère Autisme : tutoriel YouTube « Comment remplir son dossier MDPH ? » : [https://www.youtube.com/watch?v=-Rls71\\_z-4I](https://www.youtube.com/watch?v=-Rls71_z-4I)
- Fiches éditées par la CNSA en Facile à Lire et à Comprendre :  
<https://www.monparcours handicap.gouv.fr/documentation/facile-lire-et-comprendre#aides-disponibles>



### **En cas de désaccord avec les décisions de la CDAPH :**

Deux possibilités de demandes à adresser à la MDPH par courrier ou email, accompagnées de la notification de décision contestée, dans un délai de 2 mois après réception de la décision de la CDAPH :

- **Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO)** auprès de la MDPH.  
En cas de désaccord suite au RAPO : possibilité d'un **recours contentieux** auprès du tribunal administratif ou judiciaire compétent, dans un délai de 2 mois.
- **Conciliation** auprès de la MDPH pour obtenir des explications sur la décisions prises. Cette procédure suspend le délai de RAPO.

# Annuaire des MDPH de Poitou-Charentes

## **MDPH 16 - Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Charente**

Adresse : 5 Boulevard Jean Moulin – Ma Campagne – Angoulême

Ouvert du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h00.

Numéro vert : 0.800.00.16.00.

Site Internet : [www.mdph-16.fr](http://www.mdph-16.fr)



MDPH 16

## **MDPH 17 - Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Charente-Maritime**

Adresse : 61 rue de Jéricho CS 50145 17005 La Rochelle Cedex 1

Ouvert les lundi, mercredi et jeudi de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00, le mardi de 13h30 à 17h00, et le vendredi de 13h30 à 16h30.

Numéro vert : 0800.15.22.15.

Site Internet : [la.charente-maritime.fr/personnes-handicapees/maison-departementale-des-personnes-handicapees](http://la.charente-maritime.fr/personnes-handicapees/maison-departementale-des-personnes-handicapees)



MDPH 17

## **MDPH 79 - Maison Départementale des Personnes Handicapées des Deux-Sèvres**

Adresse : 68 rue Alsace Lorraine 79000 NIORT

Ouvert de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h. Fermé au public le premier et le troisième vendredi du mois, accueil téléphonique assuré l'après-midi.

Tél. : 05.49.04.41.30. - Email : [mdph-accueil@departement86.fr](mailto:mdph-accueil@departement86.fr)

Site Internet : [www.deux-sevres.fr/nos-missions/les-personnes-handicapees/la-maison-departementale-des-personnes-handicapees-mdph79](http://www.deux-sevres.fr/nos-missions/les-personnes-handicapees/la-maison-departementale-des-personnes-handicapees-mdph79)

Coordonnées et horaires des Points Accueil au sein des Maisons Départementales des Solidarités (MDS) : [www.deux-sevres.fr/nos-missions/les-personnes-agees/les-points-accueil-autonomie-du-departement](http://www.deux-sevres.fr/nos-missions/les-personnes-agees/les-points-accueil-autonomie-du-departement) - Tél. : 05.49.06.63.63.



MDPH 79



Points Accueil MDS 79

## **MDPH 86 - Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Vienne**

Adresse : 39 rue de Beaulieu 86000 POITIERS

Ouvert le lundi de 08h30 à 16:45, le mardi, mercredi et jeudi de 08h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h45, le vendredi de 08h30 à 13h30.

Tél. : 05. 49.45.97.77. - Email : [mdph-accueil@departement86.fr](mailto:mdph-accueil@departement86.fr)

Site Internet : <https://mdph86.fr/>

Coordonnées et horaires des lieux d'accueil de la MDPH : <https://mdph86.fr/en-savoir/ou-nous-trouver>



MDPH 86



MDPH 86

## Contactez l'assistante sociale de votre secteur

Vous pouvez vous faire accompagner dans vos démarches par une assistante sociale. Voici des liens vers les Maisons Départementales des Solidarités (MDS), les permanences sociales et les délégations territoriales (DT) qui proposent un accompagnement social.

### **Charente : Maisons Départementales des Solidarités**

<https://www.calameo.com/read/0044733869828bb49ad16>

### **Charente-Maritime : Délégations Territoriales**

<https://la.charente-maritime.fr/parents-petite-enfance/action-sociale-votre-ecoute>

### **Deux-Sèvres : Maisons Départementales des Solidarités**

<https://www.deux-sevres.fr/le-departement/la-presence-territoriale/les-maisons-departementales-des-solidarites-mds-vos-cotes>

### **Vienne - Maisons Départementales des Solidarités et des permanences sociales**

<https://www.lavienne86.fr/annuaire/annuaire-des-maisons-departementales-des-solidarites-et-des-permanences-sociales>

## Annuaire des associations de familles

Voici une liste non exhaustive des associations de familles, qui peuvent aider et informer les familles dans leurs démarches.

### **Charente (16)**

- **Entre Parent'aide**

Association d'entraide et de soutien aux familles d'enfants autistes (et troubles apparentés) en Charente.

Tél. : 06.18.58.04.11. - Email : [contact@entreparentaide.fr](mailto:contact@entreparentaide.fr)

Site Internet : [www.entreparentaide.fr](http://www.entreparentaide.fr)

Page Facebook : [www.facebook.com/entreparentaide](https://www.facebook.com/entreparentaide)

- **Fédération Dyspraxique Mais Fantastique (DMF) Charentes**

Antenne locale de DMF, association œuvrant en faveur des personnes dyspraxiques. -

Email : [dmf.charentes@gmail.com](mailto:dmf.charentes@gmail.com)

- **Association d'aide aux NeuroATypiques (AANAT)**

Tél. : 05.45.22.52.63. - Email : [contact@anat-france.org](mailto:contact@anat-france.org)

Site Internet : [www.aanat-france.org](http://www.aanat-france.org)



Page Facebook : [www.facebook.com/profile.php?id=61550353382290](https://www.facebook.com/profile.php?id=61550353382290)

## **Charente-Maritime (17)**

- **Autisme Charente-Maritime**

Association partenaire d'Autisme France.

Tél. : 06.98.80.53.94. - Email : [autisme17@gmail.com](mailto:autisme17@gmail.com)

Site Internet : [autisme-charente-maritime.blogspot.com](http://autisme-charente-maritime.blogspot.com)

Page Facebook : [www.facebook.com/autisme17](https://www.facebook.com/autisme17)

- **APEDA-Dys 17**

Antenne départementale d'APEDA-Dys France, association de parents et d'adultes dyslexiques.

Email : [apeda17@apeda-france.com](mailto:apeda17@apeda-france.com) - Site Internet : [apeda-france.com](http://apeda-france.com)

- **Fédération Dyspraxique Mais Fantastique (DMF) Charentes**

Antenne locale de DMF, association œuvrant en faveur des personnes dyspraxiques.

Email : [dmf.charentes@gmail.com](mailto:dmf.charentes@gmail.com) - Site Internet : [www.dyspraxie.info](http://www.dyspraxie.info)

- **Tornado 17**

Association membre de la Fédération France TND.

Tél. : 09.75.67.60.02. - Email : [asso.tornado17@gmail.com](mailto:asso.tornado17@gmail.com)

Site Internet : [tornado17.fr](http://tornado17.fr)

Page Facebook : <https://www.facebook.com/profile.php?id=61579152061014>

## **Deux-Sèvres (79)**

- **Autisme Deux-Sèvres**

Association partenaire d'Autisme France.

Email : [deuxsevres@autisme-poitoucharentes.fr](mailto:deuxsevres@autisme-poitoucharentes.fr)

Site : [www.autisme-poitoucharentes.fr/category/autisme-deux-sevres](http://www.autisme-poitoucharentes.fr/category/autisme-deux-sevres)

Page Facebook : [www.facebook.com/autisme79](https://www.facebook.com/autisme79)

- **Autisme Nord 79**

Tél. : 07.82.49.90.88. - Email : [autismenord79@gmail.com](mailto:autismenord79@gmail.com)

Page Facebook : [www.facebook.com/profile.php?id=100082982904633](https://www.facebook.com/profile.php?id=100082982904633)

- **Autisme Sans Frontières 79 Apprends-moi**

Association du réseau Autisme Sans Frontières (ASF).

Tél. : 05.49.80.92.60. - Email : [association.apprendsmoi@asf79.org](mailto:association.apprendsmoi@asf79.org)

Site Internet : [www.apprendsmoi79.com](http://www.apprendsmoi79.com)

- **Avenir Dysphasie (AAD 79)**

Relais départemental d'AAD France.

Email : [aad.deuxsevres@gmail.com](mailto:aad.deuxsevres@gmail.com)

Site Internet : [aad-france.dysphasie.org/aad-france.dysphasie.org](http://aad-france.dysphasie.org/aad-france.dysphasie.org)

- **Dyspraxie France Dys en Deux-Sèvres (DFD 79)**

Antenne départementale de DFD (dyspraxie, autres troubles Dys et TDAH).

Tél. : 06.64.46.37.65. - Email : [contact.dfd79@gmail.com](mailto:contact.dfd79@gmail.com)

Site Internet : [www.dyspraxies.fr](http://www.dyspraxies.fr)

- **HyperSupers TDAH France**

Contact : 01.822.866.55. - heures de permanence 79 : lundi de 17h à 18h, mercredi de 11h30 à 12h30

Site Internet : [www.tdah-france.fr](http://www.tdah-france.fr)

## **Vienne (86)**

- **Autisme Vienne**

Association partenaire d'Autisme France.

Tél. : 06.02.25.05.12. - Email : [autisme86@gmail.com](mailto:autisme86@gmail.com)

Page Facebook : [www.facebook.com/autismevienne/](http://www.facebook.com/autismevienne/)

- **DYS en Poitou**

Association qui œuvre pour sensibiliser le grand public, le personnel médical, paramédical et éducatif aux troubles des apprentissages, les Dys et qui accompagne les familles, les jeunes et adultes.

Email : [dysenpoitou@gmail.com](mailto:dysenpoitou@gmail.com)

Page Facebook : [www.facebook.com/profile.php?id=100065009464447](http://www.facebook.com/profile.php?id=100065009464447)

- **Réseau Dys 86**

Accompagnement des personnes atteintes de troubles Dys, enfants et adultes dans leurs démarches auprès de la MDPH, dans leurs études, apprentissages et entrée dans la vie professionnelle.

Tél. : 05.86.16.06.23. - Email : [contact@reseaudys86.fr](mailto:contact@reseaudys86.fr)

Site Internet : [reseaudys86.fr](http://reseaudys86.fr) - Page Facebook : [www.facebook.com/ReseauDys86](http://www.facebook.com/ReseauDys86)

- **HyperSupers TDAH France**

Association nationale qui aide les familles, adultes et enfants concernés par le TDAH.

Site Internet : [www.tdah-france.fr](http://www.tdah-france.fr)

Contact : 01.822.866.55. - heures de permanence 86 : lundi de 17h à 18h, mercredi de 11h30 à 12h30

Ce guide a été élaboré par le CRA Poitou-Charentes en adaptant le [« Guide pratique des usagers : le dossier MDPH »](#) élaboré par le CRA Limousin.

Version : janvier 2026



## **Institut Fédératif du Développement**

370 avenue Jacques Cœur – Repère 29 - 86021 Poitiers cedex  
Tel : 05.19.99.04.90. – Email : [secretariat-ifd@ch-poitiers.fr](mailto:secretariat-ifd@ch-poitiers.fr)