

GUIDE POUR

RENSEIGNER

VOTRE DOSSIER MDPH

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

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
Contacter 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.

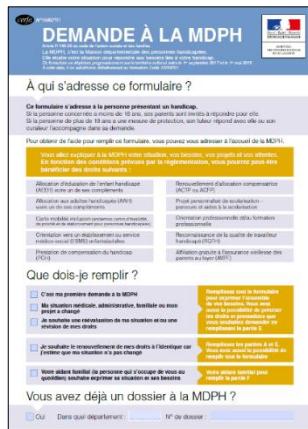
Les services que vous pouvez trouver à la MDPH :

- 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

<h1>Volet 1</h1> <p>Compte rendu type pour un bilan auditif à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées</p>		
<p>Nom : _____ Prenom : _____</p> <p>Date de naissance : _____ Date du bilan : _____</p>		
<p>1 - Description de la définition auditive</p> <p>La définition auditive est-elle complète ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si non, à quel âge et de quelle façon ? <input type="checkbox"/> Auparavant <input checked="" type="checkbox"/> Au premier appariement</p> <p>La définition auditive est-elle altérée ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, quelle sont les définitions altérées ?</p> <p>Depuis quelle date (seconde) selon la définition de classification du BAP :</p> <p>Ecoutez-maintenant une phrase : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>CD <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Augmenté <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Diminué profond</p> <p>OG <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Augmenté <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Diminué profond</p> <p>Conseil éducatif : <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Stabilisé <input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> Non défini</p> <p>Si amélioration possible, date quel délai ? <input type="checkbox"/> Comment ?</p> <p>Signes secondaires</p> <p><input type="checkbox"/> cécité primaire indiquée et immédiate</p> <p><input type="checkbox"/> vertiges, perte d'équilibre et/ou évanouissement</p> <p><input type="checkbox"/> hypertension, perte de fréquence et/ou intensité</p> <p>Appareillage auditif <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Date de l'appareillage actuel : / /</p> <p>CD <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Augmenté <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Diminué profond</p> <p>OG <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Augmenté <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Diminué <input type="checkbox"/> Diminué profond</p> <p>Si implant cocleaire, précisez taille (classe) <input type="checkbox"/> OI <input type="checkbox"/> OC Date d'implantation : / /</p> <p>2 - Modes de communication utilisés (en quatrième) : plusieurs réponses possibles</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> LSF <input type="checkbox"/> LSF facile <input type="checkbox"/> Français signé <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> femme berce ou frappe</p> <p><input type="checkbox"/> Précisément <input type="checkbox"/> Autres préciser _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autres communications codées</p> <p>Nécessite-t-il d'assurer à une autre personne l'interprétation ou codage du LSF ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p>Precisez le type d'aide</p> <p>Communication est-elle possible au téléphone sans appareil ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, quelle est l'appellation prérenommée ou imposé ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non</p> <p>3 - Retenances fonctionnelles des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle</p> <p>A _____ B _____ Cachet</p> <p>Signature : _____</p>		

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.

A Votre identité

cerfa N°15692*01

DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 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 déplace progressivement sur le territoire national entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} mai 2019.
À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 15780*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
Oriente 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 ?

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 la partie A du formulaire pour exprimer l'ensemble de votre situation. Vous avez 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 E

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 : Date de naissance : / /
 Prénoms : Nationalité : Française Espace Économique Européen ou Suisse Autre
 Commune de naissance : Département :
 Pays de naissance : France Autre, préciser :
 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) : Commune : Pays :
 Code postal : Téléphone : Adresse e-mail :
 Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? E-mail Appel téléphonique SMS Courrier
 Si vous avez été domicilié 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 (préciser) :
 Votre numéro de Sécurité Sociale :
 Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer 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

2/20 Nom : Prénom:

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 Votre identité		Renseignements obligatoires
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		
<input type="checkbox"/> Un proche <input type="checkbox"/> Une association <input type="checkbox"/> 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, curatelle renforcée, habilitation familiale) : 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 :		
<input type="checkbox"/> Vous n'avez plus à vivre chez vous ou vous ne pouvez plus y rentrer <input type="checkbox"/> Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir <input type="checkbox"/> Vous êtes hospitalisé et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement Expliquer la difficulté : <input type="checkbox"/> Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, ROTH, etc...) Indiquer 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.

A Documents à joindre obligatoirement à votre demande		Renseignements obligatoires
 <ul style="list-style-type: none"> 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 (Pécho d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour) 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 : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Signature : <input type="checkbox"/> De la personne concernée <input type="checkbox"/> De son représentant légal <input type="checkbox"/> 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.		
OU 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, je déclare 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 : <ul style="list-style-type: none"> 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'aîné d'une personne handicapée, Attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RCTH), Situation d'urgence. Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçue(e) par la CDAPH.		
Les informations qui vous donnez sont confidentielles. La loi vous donne le droit d'être reçu par la CDAPH. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a appliqué aux fichiers la loi sur le traitement des données à caractère personnel. Elle garantit la confidentialité des données et prévoit pour les données vous concernant que les informations 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		
MDPH Formulaire de demande		
Accueil physique : Accueil téléphonique :		

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).

N'oubliez pas de signer et dater.

Pour une demande et un traitement urgent ou rapide.

B Votre vie quotidienne

B Votre vie quotidienne		Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée										
B1 Votre vie quotidienne												
<p>Vous vivez : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Avec vos parents (ou l'un d'entre eux) <input type="checkbox"/> Avec vos enfants (ou l'un d'entre eux)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre situation, préciser : _____</p> <p>Où vivez-vous ? <input type="checkbox"/> Vous avez un logement indépendant et vous êtes : <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> locataire <input type="checkbox"/> Dans un établissement médico social ou de soin (préciser le nom, le type et le lieu)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre situation, préciser : _____</p> <p>Avez-vous déjà eu ? <input type="checkbox"/> Un accident causé par un tiers <input type="checkbox"/> Un accident du travail <input type="checkbox"/> Un autre accident, préciser : _____</p> <p>Suite à cet accident y a-t-il une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, auprès de quel organisme : _____</p> <p>Aide financière et ressources</p> <p>Vous recevez les aides et ressources et/ou prestations suivantes : <input type="checkbox"/> Allocation aux adultes handicapés (AAH) <input type="checkbox"/> Revenu de solidarité active (RSA) <input type="checkbox"/> Allocation chômage versée par Pôle Emploi <input type="checkbox"/> Allocation de solidarité spécifique (ASS)</p> <p>Dans les 12 mois précédant votre demande, avez-vous perçu : <input type="checkbox"/> Un revenu d'activité <input type="checkbox"/> Des indemnités journalières <input type="checkbox"/> Un revenu issu d'une activité en ESAT Du : / / Au : / / <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité : <input type="checkbox"/> 1^{re} catégorie <input type="checkbox"/> 2^{re} catégorie <input type="checkbox"/> 3^{re} catégorie depuis le : / / <input type="checkbox"/> Autres pensions de ce type : (pension des deux tiers, d'incapacité, etc...) <input type="checkbox"/> Majoration tierce personne <input type="checkbox"/> Allocation supplémentaire d'invalidité <input type="checkbox"/> Rente d'accident ou maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Prestation complémentaire de recours à tierce personne <input type="checkbox"/> Retraite pour inaptitude dans la fonction publique ou retraite anticipée depuis : / / <input type="checkbox"/> Taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) : %</p> <p>Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Copie de la décision de retraite d'accident du travail ou maladie professionnelle</p> <p>Pension de retraite <input type="checkbox"/> Vous êtes retraité(e) depuis le : / / <input type="checkbox"/> Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Âgées) <input type="checkbox"/> Vous avez demandé une pension de retraite <input type="checkbox"/> Vous êtes bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ 5/20</p>												
<p>B2 Votre vie quotidienne</p> <p>Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée</p> <p>Aide technique, matériel ou équipement</p> <p><input type="checkbox"/> Aménagement de logement <input type="checkbox"/> Aménagement de véhicule <input type="checkbox"/> Aides animalières <input type="checkbox"/> Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur... <input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p>Aide à la personne</p> <p><input type="checkbox"/> Votre famille <input type="checkbox"/> Professionnel de soins à domicile <input type="checkbox"/> Un accompagnement médico-social <input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p>Présence d'une personne auprès de l'enfant Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : _____ heures par semaine. Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : _____ heures. Si vous travaillez à temps partiel, veuillez préciser la quotité : _____ %.</p> <p>Frais liés au handicap et restant à charge Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Frais engagés</th> <th>Fréquence</th> <th>Montant total</th> <th>Montant remboursé</th> <th>Précisions</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>B2 Vos besoins dans la vie quotidienne</p> <p>Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant. Plusieurs réponses sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 renseignera si nécessaire. <p>Besoins pour la vie à domicile</p> <p><input type="checkbox"/> Pour régler les dépenses courantes (oyer, énergie, habillement, alimentation...) <input type="checkbox"/> Pour gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives assurances, impôts...) <input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes) <input type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...) <input type="checkbox"/> Autre besoin, préciser : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pour faire les courses <input type="checkbox"/> Pour préparer les repas <input type="checkbox"/> Pour prendre les repas <input type="checkbox"/> Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements <input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation...)</p> <p>6/20</p>			Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions					
Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions								

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).

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).

B Vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

Besoin pour se déplacer

- Pour se déplacer dans le domicile
- Pour sortir du domicile ou y entrer
- Pour se déplacer à l'extérieur du domicile
- Pour utiliser un véhicule
- Pour utiliser les transports en commun
- Pour partir en vacances

Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer ? Oui Non

Autre situation, préciser :

Besoin pour la vie sociale

- Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre
- Pour avoir des activités sportives et des loisirs
- Pour les relations avec les autres
- Pour s'occuper de sa famille
- Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative...)
- Pour assurer sa sécurité

Autre besoin, préciser :

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

<input type="checkbox"/> Vivre à domicile	<input type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer	<input type="checkbox"/> Un accueil temporaire en établissement
<input type="checkbox"/> Vivre en établissement	<input type="checkbox"/> Du matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Une aide animale
<input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie	<input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées au handicap	<input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne
<input type="checkbox"/> Une aide humaine : quelqu'un qui aide	<input type="checkbox"/> Un accompagnement pour l'adaptation / readaptation à la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D)
<input type="checkbox"/> Autre attente, préciser :		

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil, d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos attentes ?

Oui Non

Si oui lequel / lesquels :

Êtes-vous en contact Oui Non

Êtes-vous en contact Oui Non

Nom :

Prénom :

7/20

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie quotidienne, indiquez-les ici :

Merci de joindre si possible les documents justificatifs suivants.
Ils sont nécessaires à l'évaluation de votre situation et faciliteront le traitement de votre demande :

- Justificatifs, factures ou devis en votre possession concernant les frais évoqués en B1 et B3
- En cas de réduction d'activité professionnelle pour la prise en charge de l'enfant en situation de handicap : Contrat de travail, bulletin de salaire, ou attestation de l'employeur justifiant la réduction du temps de travail ou le temps de travail effectif du ou des parents
- En cas d'emploi rémunéré d'une tierce personne : Attestation d'emploi, contrat de travail, déclaration URSSAF, facture d'un service à domicile, précisant le nombre d'heures d'aide humaine
- En cas d'attribution d'une pension de retraite ou d'une pension d'invalidité avec Majoration tierce personne, ou d'un rente accident du travail maladie professionnelle avec prestation pour recours à une tierce personne, joindre une copie du justificatif

8/20

À renseigner en cas de :

- angoisses lors des déplacements et répercussions lors de nouveaux trajets/lieux,
 - Mise en danger en extérieur,
 - Etc.

Différencier la personne verbale de la capacité de la personne à exprimer ses émotions, ses désirs, ses refus, ses demandes et son niveau de lecture des expressions des autres.

Exprimer les demandes pour la vie à la maison (par ex. : la demande de SESSAD ou PCPE apparaît ici sous l'item « accompagnement pour l'adaptation à la vie quotidienne »). L'aide humaine n'est pas celle pour l'école qui est exprimée ici, mais bien pour la maison.

Le projet de vie (pour l'année à venir) Il s'agit d'un texte à rédiger

pour expliquer à la MDPH qui est le demandeur dans sa vie quotidienne. Il peut être rédigé sur une feuille à part et ajouté au dossier ici en intercalaire.

Il faut :

1. Décrire le contexte de vie actuel de la personne demandeuse.
 2. Expliquer les difficultés de la personne dans sa vie de tous les jours en illustrant par des anecdotes, des exemples.
 3. Expliquer les difficultés de la famille dans la vie de tous les jours en illustrant par des anecdotes, des exemples.
 4. Faire le lien avec les demandes exprimées dans le dossier.

Ce texte est essentiel pour permettre à la MDPH et son équipe de bien comprendre votre situation.

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

C Vie scolaire ou étudiante

C Vie scolaire ou étudiante	Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante
C1 Situation scolaire	
<p>Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :</p> <p><input type="checkbox"/> En milieu ordinaire <input type="checkbox"/> A domicile <input type="checkbox"/> Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social <input type="checkbox"/> En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile <input type="checkbox"/> En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire <input type="checkbox"/> En formation supérieure <input type="checkbox"/> Autre, préciser :</p>	
<p style="text-align: center;">Au sein de quel(s) établissement(s) ?</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">Depuis le : .. / .. / ..</p>	
<p>Si l'enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :</p> <p><input type="checkbox"/> Il est trop jeune A partir de quand sera-t-il scolarisé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social Préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, préciser :</p>	
<p>Si vous êtes étudiant ou en apprentissage :</p> <p>Type d'études :</p> <p>Diplôme(s) obtenu(s) :</p> <p>Diplôme(s) préparé(s) :</p> <p style="text-align: center;">Nom de l'établissement :</p> <p style="text-align: center;">Rue :</p> <p style="text-align: center;">Ville :</p> <p style="text-align: center;">Depuis le : .. / .. / ..</p>	
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																																
<p>Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 5px;">Année(s)</th> <th style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 5px;">Établissement(s)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Année(s)	Établissement(s)																														
Année(s)	Établissement(s)																																
<p>Vous disposez actuellement d'accompagnements ou de soins :</p> <p><input type="checkbox"/> Soins hospitaliers <input type="checkbox"/> Soins en libéral <input type="checkbox"/> Autre, préciser :</p>																																	
<p>Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Aménagements et adaptations pédagogiques</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Outils de communication</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Matériel informatique et audiovisuel</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Matériel déficience auditive</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Matériel déficience visuelle</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Mobilier et petits matériels</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Transport</td> <td colspan="2" style="width: 67%; padding: 5px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Autre, préciser :</td> <td colspan="2" style="width: 67%; padding: 5px;"> </td> </tr> </tbody> </table>		<input type="checkbox"/> Aménagements et adaptations pédagogiques	<input type="checkbox"/> Outils de communication	<input type="checkbox"/> Matériel informatique et audiovisuel	<input type="checkbox"/> Matériel déficience auditive	<input type="checkbox"/> Matériel déficience visuelle	<input type="checkbox"/> Mobilier et petits matériels	<input type="checkbox"/> Transport			<input type="checkbox"/> Autre, préciser :																						
<input type="checkbox"/> Aménagements et adaptations pédagogiques	<input type="checkbox"/> Outils de communication	<input type="checkbox"/> Matériel informatique et audiovisuel																															
<input type="checkbox"/> Matériel déficience auditive	<input type="checkbox"/> Matériel déficience visuelle	<input type="checkbox"/> Mobilier et petits matériels																															
<input type="checkbox"/> Transport																																	
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :																																	
<p>Vous disposez actuellement d'une aide humaine aux élèves handicapés :</p> <p><input type="checkbox"/> Si oui, préciser laquelle :</p>																																	
<p>Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux...) :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">Matinée</th> <th style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;">Lundi</th> <th style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;">Mardi</th> <th style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;">Mercredi</th> <th style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;">Jeudi</th> <th style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;">Vendredi</th> <th style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;">Samedi</th> <th style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;">Dimanche</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">Midi</td> <td style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">Après-midi</td> <td style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;"> </td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">Soirée/night</td> <td style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;"> </td> </tr> </tbody> </table>		Matinée	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Midi								Après-midi								Soirée/night							
Matinée	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche																										
Midi																																	
Après-midi																																	
Soirée/night																																	
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.

C Vie scolaire ou étudiante

C Vie scolaire ou étudiante	Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante																
<p>C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante</p> <p>Precisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant. Plusieurs réponses sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 récents. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Besoins en lien avec les apprentissages</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pour lire <input type="checkbox"/> Pour calculer <input type="checkbox"/> Pour organiser, contrôler son travail <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ... </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pour écrire, prendre des notes <input type="checkbox"/> Pour comprendre, suivre les consignes <input type="checkbox"/> Pour l'utilisation du matériel </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Besoins pour communiquer</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre <input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ... </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Besoins pour l'entretien personnel</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes) <input type="checkbox"/> Pour les repas (manger, boire) <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ... </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements) <input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Besoins pour se déplacer</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'intérieur des locaux <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ... </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur des locaux </td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">Nom : _____ Prénom : _____ 11/20</p>		Besoins en lien avec les apprentissages		<input type="checkbox"/> Pour lire <input type="checkbox"/> Pour calculer <input type="checkbox"/> Pour organiser, contrôler son travail <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...	<input type="checkbox"/> Pour écrire, prendre des notes <input type="checkbox"/> Pour comprendre, suivre les consignes <input type="checkbox"/> Pour l'utilisation du matériel	Besoins pour communiquer		<input type="checkbox"/> Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre <input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...	<input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres	Besoins pour l'entretien personnel		<input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes) <input type="checkbox"/> Pour les repas (manger, boire) <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...	<input type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements) <input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé	Besoins pour se déplacer		<input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'intérieur des locaux <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...	<input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur des locaux
Besoins en lien avec les apprentissages																	
<input type="checkbox"/> Pour lire <input type="checkbox"/> Pour calculer <input type="checkbox"/> Pour organiser, contrôler son travail <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...	<input type="checkbox"/> Pour écrire, prendre des notes <input type="checkbox"/> Pour comprendre, suivre les consignes <input type="checkbox"/> Pour l'utilisation du matériel																
Besoins pour communiquer																	
<input type="checkbox"/> Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre <input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...	<input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres																
Besoins pour l'entretien personnel																	
<input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes) <input type="checkbox"/> Pour les repas (manger, boire) <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...	<input type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements) <input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé																
Besoins pour se déplacer																	
<input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'intérieur des locaux <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ...	<input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur des locaux																

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

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
<p>C3 Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante</p> <p>Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Une adaptation de la scolarité <input type="checkbox"/> Une orientation scolaire différente <input type="checkbox"/> Une aide humaine <input type="checkbox"/> Une aide matérielle <input type="checkbox"/> Autre, préciser : ... <p>Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire, universitaire ou médico-social qui pourrait répondre à vos attentes ? Si oui, lequel ? _____</p> <p>Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>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.</p> <p>Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre enseignant référent, indiquez pourquoi : _____</p> <p>Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie scolaire, étudiante ou apprentissage, indiquez-les ici :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>12/20</p>	

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 : _____ / _____ / _____

Votre type d'emploi :

- En milieu ordinaire
- En entreprise adaptée
- En milieu protégé (Établissements et services d'aide par le travail - ESAT)

Votre employeur :

Nom : _____
Adresse : _____

Stagiaire de la formation professionnelle

Rémunéré : Oui Non
Préciser le nom de l'organisme : _____

Travailleur indépendant. Régime : _____

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 maladie sans indemnités journalières

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.

D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel

Vous êtes sans emploi depuis le : _____ / _____ / _____

Avez-vous déjà travaillé ? Oui Non

Indiquer pourquoi vous êtes actuellement sans emploi :

Votre situation :

- Inscrite(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 ROTH (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

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 taches,
- Besoin de consignes claires,
- Recours nécessaire aux supports visuels
- etc.

D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne
votre projet professionnel

D2 Votre parcours professionnel

Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

Année(s)	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Temps plein ou partiel	Motif de fin d'activité
Exemple : 1998				
6 mois	Hôtesse de caisse	E leclerc	Temps partiel	Fin du CDD

Votre niveau de qualification :

Primaire Secondaire Supérieur

Dernière classe fréquentée :

Vos formations :

Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), préciser laquelle / lesquelles :

.....
.....
.....

Diplômes obtenus :

Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

Si vous avez déjà effectué un bilan (compétences, module d'orientation professionnelle - MOP, pré-orientation...), préciser l'année et l'organisme :

Nom :

Prénom :

15/20

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

D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne
votre projet professionnel

D Votre projet professionnel

Avez-vous un ou plusieurs projet(s) professionnel(s) ?

Si oui, le(s)quel(s) :

.....
.....
.....
.....

Avez-vous besoin d'un soutien pour :

Faire un bilan de vos capacités

professionnelles

Préciser votre projet professionnel

Adapter votre environnement de travail

Accéder à un emploi

Accéder à une formation

Avez-vous éventuellement déjà identifié une structure qui

pourrait répondre à vos attentes? Si oui, laquelle :

Avez-vous déjà pris contact avec cette structure ? Oui Non

Autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre situation professionnelle :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

16/20

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

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 Creton
- 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 réévaluation et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (URSOS)

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 réduise 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 Etablissement 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 réalisée 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 / MAJORIZATION 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 (bénéficier 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

F1 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 : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____
 Prénom de l'aidant : _____
 Adresse de l'aidant : _____
 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 :
 Surveillance / présence responsable
 Aide aux déplacements à l'intérieur du logement
 Aide aux déplacements à l'extérieur
 Aide pour entretenir le logement et le linge
 Aide à l'hygiène corporelle
 Aide à la préparation des repas
 Aide à la prise de repas
 Autre, préciser : _____

Qui 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, préciser : _____

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.

F2 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 :
 Eloignement géographique (déménagement...) Problème de santé
 Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...) Changement majeur dans la situation professionnelle
 Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...) Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...)
 Autre, préciser : _____

F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

Pouvoir vous reposer au quotidien
 Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin
 Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu
 Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances
 Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle
 Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux
 Autre, préciser : _____

Obtenir une contrepartie financière
 Echanger avec d'autres aidants
 Echanger avec les professionnels qui suivent mon proche
 Avoir un soutien psychologique
 Etre conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche
 Etre affilié gratuitement à l'assurance vieillesse

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 souhaitez 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.

Certificat médical

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.

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.monparcourhandicap.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**.

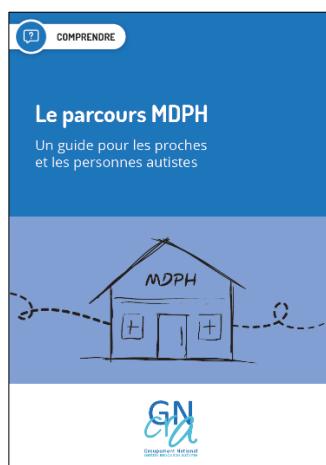
Comment suivre et modifier le dossier MDPH :

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

- Fiches éditées par la CNSA en Facile à Lire et à Comprendre :
<https://www.monparcourhandicap.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



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



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

Site Internet : 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 - 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 16h45, 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

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

Contacter 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/annuaires/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@entreprenaide.fr

Site Internet : www.entreprenaide.fr

Page Facebook : www.facebook.com/entreprenaide

- Fédération Dyspraxique Mais Fantastique (DMF) Charentes**

Antenne locale de DMF, association œuvrant en faveur des personnes dyspraxiques. - Email : dmf.charentes@gmail.com

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

Tél. : 05.45.22.52.63. - Email : contact@anat-france.org

Site Internet : www.aanat-france.org

Page Facebook : 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

Site Internet : autisme-charente-maritime.blogspot.com

Page Facebook : 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 - Site Internet : 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 - Site Internet : www.dyspraxie.info

- Tornade 17**

Association membre de la Fédération France TND.

Tél. : 09.75.67.60.02. - Email : asso.tornade17@gmail.com

Site Internet : tornade17.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

Site : www.autisme-poitoucharentes.fr/category/autisme-deux-sevres

Page Facebook : www.facebook.com/autisme79

- Autisme Nord 79**

Tél. : 07.82.49.90.88. - Email : autismenord79@gmail.com

Page Facebook : 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.apprendsmai@sf79.org

Site Internet : www.apprendsmai79.com

- Avenir Dysphasie (AAD 79)**

Relais départemental d'AAD France.

Email : aad.deuxsevres@gmail.com

Site Internet : 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

Site Internet : 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

Vienne (86)

- **Autisme Vienne**

Association partenaire d'Autisme France.

Tél. : 06.02.25.05.12. - Email : autisme86@gmail.com

Page Facebook : 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

Page Facebook : 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

Site Internet : reseaudys86.fr - Page Facebook : 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

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