

# Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH d'Eure et Loir

## A- Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance :

Nom d'épouse ou nom d'usage :

Prénom(s) :

Sexe :  Masculin  Féminin

Nationalité :  Française  EEE ou Suisse  Autres

Date de naissance :

Lieu de naissance :  Code postal :

Commune :

Pays :

Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France

N° de sécurité sociale de la personne concernée :

N° de sécurité sociale de l'assuré(e) (si différent) :

Nom et adresse de l'organisme de sécurité sociale : .....

Si vous avez un n° de dossier MDPH, précisez ce n° :

Dans quel département :

## A2- Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : ..... Rue : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal :  Commune :

Téléphone :  Fax :

Adresse électronique : .....@.....

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement  
ou d'action sociale), précisez lequel : .....

## A3- Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
N° et Rue :	.....	.....
Complément d'adresse :	.....	.....
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune :	.....	.....
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse électronique :	.....	.....



## A8- Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint
<input type="checkbox"/> <b>Salarié(e)</b> y compris apprentissage depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type de contrat :	.....	.....
Emploi occupé :	.....	.....
Temps de travail par semaine :	.....	.....
Date de début du contrat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de fin de contrat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Motif de la fin de contrat :	.....	.....
En milieu protégé ESAT depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Stagiaire de la formation professionnelle</b>		
depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>Coordonnées de votre employeur :</b>	.....	.....
<b>ou organisme de formation</b>	.....	.....
Adresse : N° et Rue :	.....	.....
Complément d'adresse :	.....	.....
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune :	.....	.....
Téléphone de votre employeur :	.....	.....

<input type="checkbox"/> <b>Non salarié(e)</b>	depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
y compris exploitant agricole, prof. Libérale			
Précisez à quel régime vous cotisez :			
<input type="checkbox"/> <b>Inscrit(e) à Pôle emploi</b>	depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Indemnisé(e) depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recevez-vous l'allocation de solidarité spécifique ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> <b>Retraité(e)</b>	depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recevez vous l'allocation supplémentaire			
Personne Agée ?			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> <b>Bénéficiaire d'une pension</b>	depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Catégorie de la pension d'invalidité :		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Rente accident du travail :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Recevez-vous l'allocation supplémentaire d'invalidité ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> <b>Bénéficiaire AAH</b>	depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Bénéficiaire du RSA</b>	depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Sans activité</b>	depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Congés de présence parentale</b>	depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Arrêt maladie</b>	depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Bénéficiaire d'indemnités journalières ?</b>	depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Autres (Etudiants, .....)</b>	depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>



## C- Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) et son complément

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé –AEEH

Complément AEEH

Votre enfant est-il en internat ?  Oui  Non

Depuis le : 

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

Nombre de nuits par semaine en établissement : .....

**Type d'accueil** (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie .....)

**Type de scolarisation ou formation** (y compris lieu, niveau.....)

**Type de parcours de soins** (nom d'établissement ou service médico-social, ou sanitaire) :

Si votre 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 ?

Oui

Non

**Emploi du temps hebdomadaire de l'enfant :**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h-12h					
13h 30-16h 30					

Indiquez les temps de garde, de scolarisation, de restauration scolaire, de prises en charge sanitaires et paramédicales.

**Présence d'une personne auprès de l'enfant :** du fait du handicap de votre enfant, l'un des parents :

- exerce une activité professionnelle à temps partiel

Oui

Non

- a dû renoncer à son emploi ?

Oui

Non

Précisez le temps de travail : Mère : .....%

Père : .....%

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/semaine.

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : .....heures

**Frais supplémentaires liés au handicap :**

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou paramédicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS			PERIODICITE
	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	Semaine, mois, année, occasionnelle
<b>TOTAL</b>				



## **E- demande de cartes** (fournir une photo par type de carte demandée)

- Carte de priorité

*La carte de priorité permet notamment une priorité dans les files d'attente, dans les transports en commun et les manifestations accueillant du public.*

- Carte d'invalidité

*La carte d'invalidité reconnaît un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80% d'incapacité et confère les mêmes avantages que la carte de priorité ainsi que d'autres avantages au niveau fiscal, transports, logement, etc*

- Carte européenne de stationnement

*La carte européenne de stationnement permet de stationner sur les places réservées pour personnes handicapées*

## **F- Demande de prestation de compensation**

- Prestation de compensation – PCH

Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C – Demande d' AEEH (Allocation d' Education de l' Enfant Handicapé)

- Renouvellement ou révision de l' Allocation Compensatrice pour tierce personne – ACTP

- Renouvellement ou révision de l' Allocation Compensatrice pour Frais professionnels –ACFP

Bénéficiez-vous de l' Allocation Personnalisée d' Autonomie – l' APA ?  Oui  Non

Bénéficiez-vous de la Majoration Tierce Personne - MTP ?  Oui  Non

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous précisez vos besoins, s'il s'agit de :

- Aide humaine (Précisez : intervenant, service, type d'intervention)

*Attention : l'aide ménagère n'est pas prise en compte par cette prestation.*

- .....  
 Aide technique, matériel ou équipement (Précisez) :

- .....  
 Aménagement du logement/Déménagement (Précisez):

- .....  
 Aménagement du véhicule/surcoût du transport

Précisez la nature des aménagements ou le motif du déplacement :

.....  
Votre permis de conduire a-t-il fait l'objet d'adaptation de la part de la préfecture ?  Oui  Non

- Charges spécifiques/ exceptionnelles (Précisez) :

- .....  
 Aide animalière (Précisez):

.....  
Pour toute demande de prestation de compensation, joindre en plus des pièces demandées à la rubrique « Pièces à joindre » :

- un RIB
- une copie de toutes les pages de votre avis d'imposition
- pour les demandes de prothèses auditives : deux devis de prothèses auditives de fournisseurs différents



**J - Affiliation gratuite d'un aidant familial pour un adulte handicapé à l'assurance vieillesse (pour un aidant familial sans activité professionnelle)**

Nom et prénom de la personne à affilier : .....

Adresse : N° : ..... Rue : .....

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune : .....

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Lien de parenté : .....

**L – Pièces à joindre obligatoirement :**

Pour toute demande (première demande et renouvellement) :

- Un certificat médical daté de moins de trois mois
- Une photocopie recto-verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée ou 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
- Une attestation de jugement en protection juridique (si vous êtes concerné)

Pour les demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, d'orientation professionnelle, d'allocation aux adultes handicapés et de complément de ressource – AAH :

- un curriculum vitae (CV)
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité, de la majoration pour tierce personne ou d'une rente accident du travail
- une copie du dernier compte rendu du médecin du travail

**La MDPH n'effectue pas les photocopies des documents à joindre aux dossiers.**

Fait à : .....

Le : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Signature :  de la personne concernée  de son représentant légal

- J'autorise
- Je n'autorise pas

la MDPH 28 à prendre contact et à échanger avec les Services de soins et/ou les Etablissements ou Services médico-sociaux et autres partenaires chargés du suivi de la personne handicapée.

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

« Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la MDPH28 soit par courriel à l'adresse suivante : [contact@mdph28.fr](mailto:contact@mdph28.fr) soit par courrier MDPH 28, 57 bis rue du Dr Maunoury 28000 Chartres.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur. »