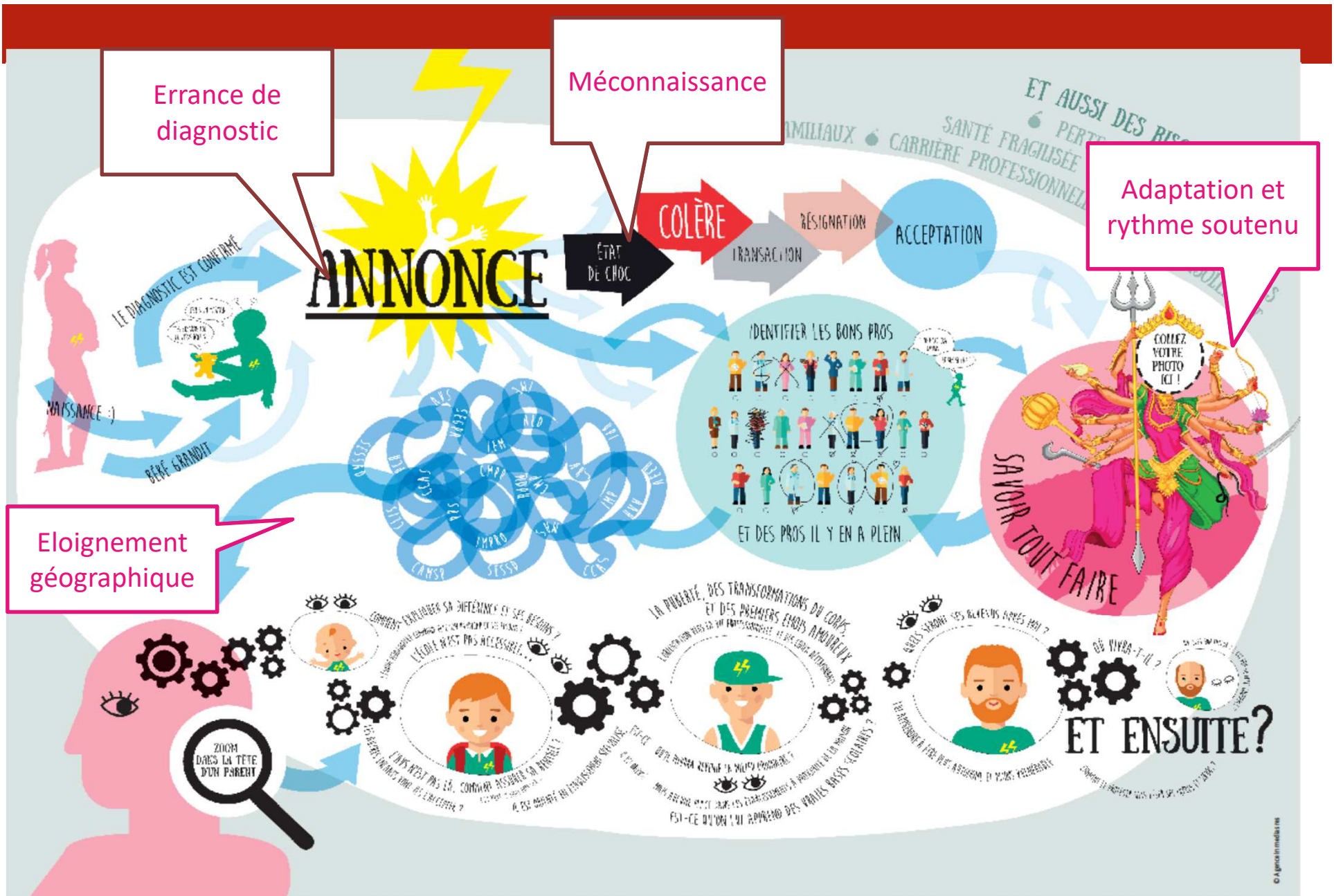


Le dossier MDPH, maladie rare et orientations professionnelles

Sixtine Jardé

- Les spécificités de la maladie rare dans le parcours de vie
- Où trouver le dossier MDPH ?
- Comment envoyer le dossier ?
- Les prestations, allocations et orientations proposées par la MDPH
- Le certificat médical
- Le dossier MDPH
- Le formulaire complémentaire de transmission d'informations à la MDPH
- Le parcours de votre dossier - L'équipe pluridisciplinaire
 - Le plan personnalisé de compensation (PPC)
 - La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)
- Le recours et les contestations de la réponse de la MDPH



Où trouver le dossier MDPH?

- A la Maison Départementale des Personnes Handicapées MDPH ou la Maison De l'Autonomie MDA (dispositifs d'information, d'accueil et d'évaluation de la situation des personnes âgées et des personnes handicapées)
- Pdf reader à enregistrer : plus simple au moment du renouvellement
- Sur internet
 - ✓ site du service public
 - ✓ site de la CNSA
 - ✓ site du Conseil Départemental ou MDPH



À qui s'adresse ce formulaire ?

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.

Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.
Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection, son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.
En fonction des conditions prévues par la réglementation, vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :

Comment envoyer le dossier ?

- En A/R
- Effectuer des photocopies
 - Utile en cas de renouvellement
 - Utile en cas de perte du dossier
- Conserver l'A/R,
 - Date à laquelle les aides sont perçues

Form for 'AVIS DE PASSAGE' (Notice of Transfer). The form includes fields for 'Tournée:', 'Numéro de l'objet:', 'Destinataire de l'objet:', and 'Numéro de l'objet:'. There is also a section for 'Référence client:' and 'Numéro de l'AR:'. The form is marked with 'FRAB' and 'AVIS DE PASSAGE'.



Formulaire spécifique maladie rare

Formulaire complémentaire de transmission d'informations à la MDPH

A joindre lors d'une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées

filières de santé
maladies rares



https://www.alliance-maladies-rares.org/wp-content/uploads/2021/02/Doc-complementaire-MDPH_210127_PROTEGE.pdf

*Une fois le document complémentaire renseigné, nous vous remercions à l'avance de prendre de votre temps pour répondre à ce questionnaire **avant le 31 décembre 2021** : [https://forms.gle/Questionnaire d'évaluation MDPH](https://forms.gle/Questionnaire_d'evaluation_MDPH)*

Pourquoi remplir ce formulaire ?

- ⇒ Ce formulaire est facultatif. Il a pour objectif de permettre aux personnes en situation de handicap de solliciter les personnes qui les accompagnent dans leur vie quotidienne (famille, proche aidant, professionnels autres que médecins, etc...) pour transmettre plus d'information à la MDPH sur ses difficultés rencontrées.
- ⇒ Ces informations complètent celles données dans le formulaire de demande à la MDPH et dans le certificat médical qui sont obligatoires.
- ⇒ Vous pouvez remplir ce formulaire si vous accompagnez une personne adulte ou un enfant.

Nous vous conseillons de remplir ce formulaire facultatif pour que la personne que vous accompagnez soit mieux aidée.

Qui peut remplir ce formulaire ?

- ⇒ Les personnes qui interviennent auprès de la personne en situation de handicap et qui peuvent apporter des informations sur sa situation peuvent remplir ce formulaire :

- les membres de la famille,
- les proches (amis, voisins...),
- les membres d'une association,

les professionnels autres que les médecins (par exemple : kinésithérapeutes, orthophonistes, infirmiers, auxiliaires de vie, éducateurs, assistants sociaux...).

- ⇒ Chaque personne qui intervient auprès de la personne en situation de handicap peut remplir un formulaire mais il est aussi possible que plusieurs personnes qui interviennent se coordonnent pour n'en remplir qu'un seul.

Le certificat médical

Dans le cadre de la maladie rare, la partie médicale est importante

- Le médecin de la MDPH ne connaît pas forcément votre maladie rare, il existe 7000 à 8000 maladies rares
- Pour le remplissage : privilégier le médecin spécialiste référent lors d'une consultation dédiée uniquement au certificat médical
- Possibilité de le faire remplir par le médecin traitant qui connaît votre maladie
- Si besoin le compléter par des bilans médicaux (et non vos bilans sanguins ou radio)
- Fiche focus Orpha.net
- Protocoles Nationaux de Diagnostic et de Soins (PNDS)



Le dossier MDPH 1/9

- Possibilité de noter

Maladie
Rare

sur la

- Numéro de dossier important surtout si changement de département

• <https://www.mdp31.fr/ou-en-est-mon-dossier/>

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 ?

- 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

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

- 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

- 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

8

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : N° de dossier :

Le dossier MDPH 2/9

A Votre identité		Renseignements obligatoires
A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande		
Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Nom de naissance :	<input type="text"/>	Nom d'époux/se ou d'usage : <input type="text"/>
Prénoms :	<input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nationalité :	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Espace Économique Européen ou Suisse <input type="checkbox"/> Autre	
Commune de naissance :	<input type="text"/>	Département : <input type="text"/>
Pays de naissance :	<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="text"/>	
Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Complément d'adresse (si besoin précisez le nom de la personne qui vous héberge) : <input type="text"/>		
Adresse (numéro et rue) : <input type="text"/>		
Code postal :	<input type="text"/>	Commune : <input type="text"/> Pays : <input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	Adresse e-mail : <input type="text"/>
Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Appel téléphonique <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Courrier		
Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez son nom : <input type="text"/>		
Organisme payeur de prestations familiales/RSA :	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre	N° d'allocataire : <input type="text"/>
Organisme d'assurance maladie :	<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="text"/>	
Votre numéro de Sécurité Sociale : <input type="text"/>		
Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer son numéro de sécurité sociale : <input type="text"/>		
A2 Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle (pour les mineurs)		
Qui exerce l'autorité parentale :	<input type="checkbox"/> Parent 1 ou représentant légal 1	<input type="checkbox"/> Parent 2 ou représentant légal 2
Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (numéro et rue) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complément d'adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pays :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse e-mail :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 : <input type="text"/> Prénom : <input type="text"/>		

Le dossier MDPH 3/9

- Noter le référent, travailleur social qui connaît votre situation

A Votre identité		Renseignements obligatoires	
A3 Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH Vous acceptez que nous contactons 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			
	Représentant légal 1	Représentant légal 2 (le cas échéant)	
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'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous		<input type="checkbox"/> Vous risquez rapidement de perdre votre travail	
<input type="checkbox"/> Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir		<input type="checkbox"/> Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation	
<input type="checkbox"/> Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement		Date d'entrée prévue : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Expliquer la difficulté :			
<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> 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 :			
<input type="text"/>			
Nom :		Prénom :	
			3/20

Le dossier MDPH 4/9

• Procédure simplifiée si la situation ne change pas

A Documents à joindre obligatoirement à votre demande

Renseignements obligatoires



- Un certificat médical de moins de 6 mois prévu pour les demandes MDPH
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal (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.

OU

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants :

- 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 mauvaise foi, des indications inexactes 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 :

MCGRE
FILIERE SANTE MALADIES RARES

Le dossier MDPH 5/9

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 êtes hébergé(e) au domicile (pensez à indiquer son nom et son adresse dans le bloc A1) :

Vous avez un logement indépendant et vous êtes : propriétaire locataire

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)

Dans un établissement médico social ou de soin (préciser le nom, le type et le lieu) 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^{re} catégorie 2^e catégorie 3^e 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)

Le dossier MDPH 6/9

•Partie importante, lister les frais liés au handicap

B
Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

Aide technique, matériel ou équipement

Aide à la personne (avec quelqu'un qui aide)

Aménagement de logement
 Aménagement de véhicule
 Aides animales

Aides techniques (préciser) :
ex : barre d'appui, déambulateur...

Autres :

Votre famille
 Professionnel de soins à domicile

Un accompagnement médico-social

Autres :

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 ? Oui 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 : %.

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.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

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 la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoin pour la vie à domicile

Pour régler les dépenses courantes (loyer, énergie, habillement, alimentation...)
 Pour gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives assurances, impôts...)
 Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)
 Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...)

Pour faire les courses
 Pour préparer les repas
 Pour prendre les repas
 Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements
 Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

Autre besoin, préciser :

Le dossier MDPH 6/9

•Qu'attendez-vous de la MDPH?

→ N'hésitez pas à cocher ce que vous souhaitez

→ Ce n'est pas le gestionnaire de votre dossier qui va évaluer vos besoins et vous proposer une aide, c'est à vous de faire la demande.

B Vie quotidienne Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée

Besoin pour se déplacer

<input type="checkbox"/> Pour se déplacer dans le domicile	<input type="checkbox"/> Pour utiliser un véhicule
<input type="checkbox"/> Pour sortir du domicile ou y entrer	<input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun
<input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur du domicile	<input type="checkbox"/> Pour partir en vacances

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

Autre situation, précisez :

Besoin pour la vie sociale

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

Autre besoin, précisez :

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 animalière
<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 / réadaptation à la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D)

Autre attente, précisez :

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

Le dossier MDPH 6/9

- Cf [tuto](#) projet de vie



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 :

Large empty text area for providing additional information.

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'une rente accident du travail maladie professionnelle avec prestation pour recours à une tierce personne, joindre une copie du justificatif.

Le dossier MDPH 7/9

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 ... / ... / ...

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 : _____

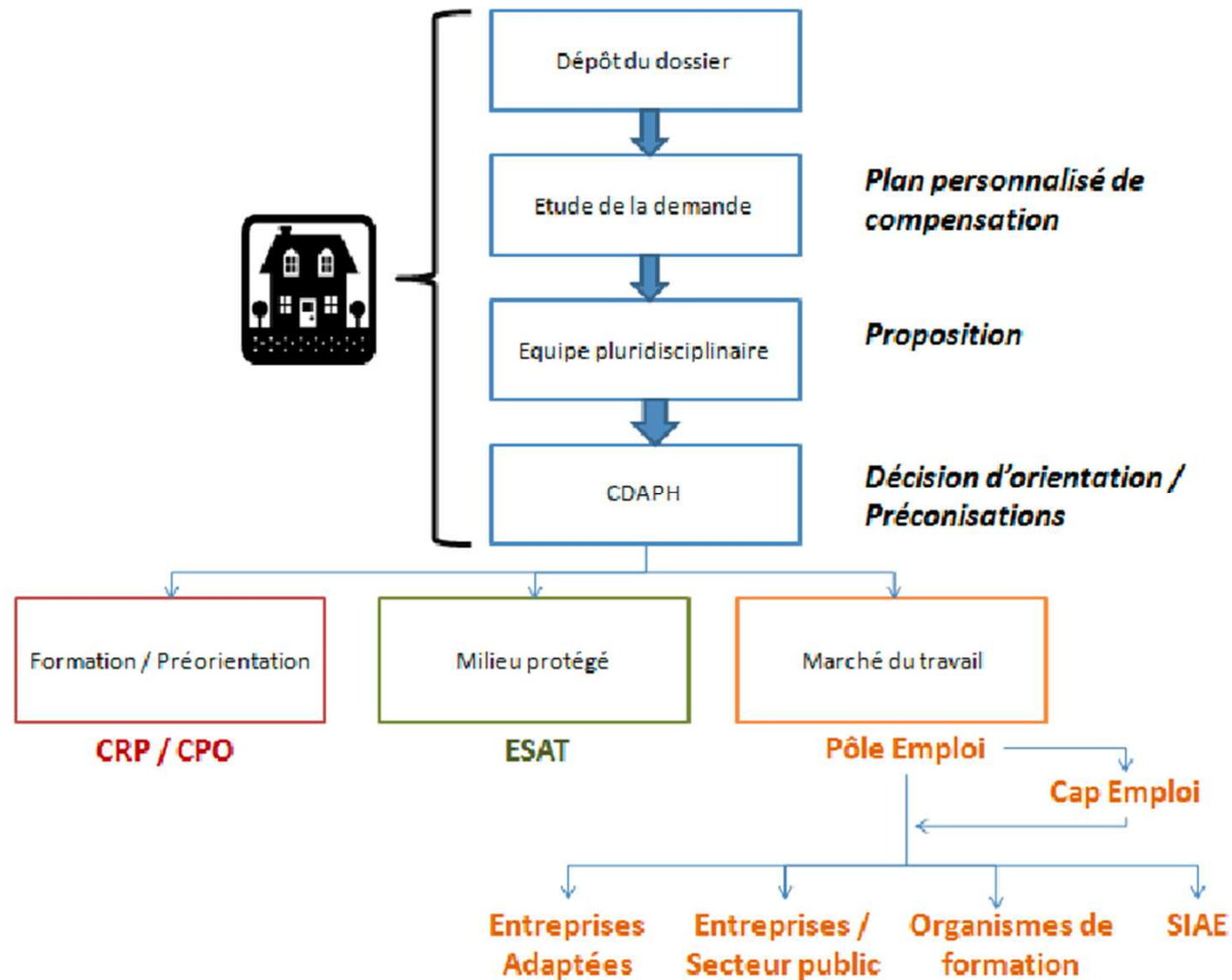
Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?
 Aides de l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) Aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHP)

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

Le parcours du dossier MDPH



Les prestations, allocations et orientations



L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH

- Est composée de professionnels médicaux et paramédicaux avec divers domaines de compétences: scolaire, social, universitaire, emploi, formation professionnelle...
- Permet d'évaluer les besoins de compensation du handicap selon la nature et le type de handicap.

Le PPC : Plan Personnalisé de Compensation

- « Il comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations mentionnées à [l'article L. 241-6](#), destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie une compensation aux limitations d'activité ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap»
Code de l'Action Sociale des Familles Article R146-29
- « Le plan de compensation est transmis à la personne handicapée ou, le cas échéant, à son représentant légal, qui dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître ses observations. La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées est informée de ces observations. » *Code de l'Action Sociale des Familles Article R146-29*
- **Pour contester, il est nécessaire d'ajouter et compléter les informations déjà fournies**
- Il est possible de se faire aider par un assistant social

La CDAPH :

la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Constituée :

- des représentants du Département
- des services et des établissements publics de l'État
- des organismes de protection sociale (CPAM, CAF, etc.)
- des organisations syndicales
- des associations de parents d'élèves
- pour au moins un tiers de ses membres, des représentants des personnes handicapées et de leurs familles désignés par les associations représentatives
- un membre du Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
- des représentants des organismes gestionnaires d'établissements ou de services siègent à la commission avec voix consultative



Merci de votre attention