



Identification du demandeur

Nom : _____

Prénom : _____

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

Commune de résidence : _____

M.D.A.

Maison Départementale de l'Autonomie

Dossier à retourner au :

Service autonomie de la
Maison du Conseil général
de votre territoire

DOSSIER DE DEMANDES

POUR LES PERSONNES HANDICAPEES

Cadre réservé au service autonomie

N° de dossier classothèque Perceval : _____

N° Individu Perceval : _____

Territoire : _____

Instructeur administratif : _____

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

A1 - 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 Autre

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : Code Postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____

Si vous avez déjà un numéro de dossier MDPH, précisez :

Le 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 : _____

• Pour les personnes en établissement, adresse du dernier domicile privé : _____

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

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° et Rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse électronique :

Responsable 1

Responsable 2

* A remplir si adresse différente de celle du responsable 1

	Vous	Votre conjoint (e)
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle depuis le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la formation : _____		
Durée de la formation _____		
<input type="radio"/> Non Salarié(e) depuis le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
y compris exploitant agricole, prof libérale		
Activité exercée : _____		
Précisez à quel régime vous cotisez : _____		
<input type="radio"/> Inscrit comme demandeur d'emploi depuis le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Indemnisé(e) depuis le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Percevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Retraité(e) depuis le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Percevez-vous l'APA ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Percevez-vous l'Allocation Solidarité		
Personne Âgée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Bénéficiaire d'une pension depuis le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 (MTP)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 (MTP)
Rente accident du travail ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Taux d'IPP : _____		
Percevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Autre depuis le : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RSA, AAH.....) Précisez : _____		

Joindre la photocopie de la notification de pension, de rente AT, d'APA

A8 - Autre situation de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

- Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social : Internat Semi-internat
- Vous êtes hospitalisé(e)
- Vous êtes suivi(e) par un service médico-social (SAVS, SESSAD, Autre)
- Autre cas, précisez : _____

Précisez dans tous les cas la date de début de prise en charge :

Nom de l'établissement ou du service : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Code postal : Commune : _____

A9 - Logement de l'adulte concerné ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous locataire ou colocataire
- Propriétaire ou accédant à la propriété
- Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
- Autre, précisez : _____

E - Demande de cartes

- | | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Carte d'invalidité | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande | <input type="checkbox"/> Renouvellement | <input type="checkbox"/> Révision |
| <input type="radio"/> Carte de priorité | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande | <input type="checkbox"/> Renouvellement | <input type="checkbox"/> Révision |
| <input type="radio"/> Carte européenne de stationnement | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande | <input type="checkbox"/> Renouvellement | <input type="checkbox"/> Révision |

Si renouvellement, joindre une photo d'identité par carte.

F - Demande de prestation de compensation

- | | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Prestation de Compensation - PCH | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande | <input type="checkbox"/> Renouvellement | <input type="checkbox"/> Révision |
|--|---|---|-----------------------------------|
- Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'Allocation d'Education d'Enfant Handicapé (AEEH)
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
 - Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

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

- Aide humaine : aide à la personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, transferts...).
Les besoins pour le ménage, la scolarité ne relèvent pas de la PCH ...

- Aide technique (ex : fauteuil roulant, élévateur de bains...), sauf les équipements courants (ex : ordinateur)

- Aménagement du logement / Déménagement lié au handicap (ex : quitter un logement inaccessible pour un logement adapté) _____
- Aménagement du véhicule / surcoût du transport

- Charges spécifiques / exceptionnelles (ex : surcoût de vacances ; frais d'hygiène)

- Aide animalière : chien d'aveugle ou chien d'assistance agréé
Précisez : _____

IMPORTANT : Joindre les devis.

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

- | | | | |
|----------------|---|---|-----------------------------------|
| Statut : | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande | <input type="checkbox"/> Renouvellement | <input type="checkbox"/> Révision |
|----------------|---|---|-----------------------------------|
- Nom de l'Aidant Familial : _____
- Adresse : N° : _____ Rue : _____
- Complément d'adresse : _____
- Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____
- Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Lien de parenté : _____

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

K – Pièces obligatoires à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- Un certificat médical daté de moins de 3 mois.
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal ou des détenteurs de l'autorité parentale.
(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 du jugement de protection juridique (le cas échéant).

D'autres pièces pourront vous être demandées en cas de besoin. Vous pouvez également joindre d'autres pièces motivant la demande pour faciliter l'évaluation médico-sociale de votre dossier (CV, renseignements sociaux ou professionnels), des documents sont disponibles sur le site ➔ mda38.fr dans la rubrique :
« pour faire une demande à la MDA. »

Fait à : _____

Le :

Signature : de la personne adulte concernée
ou des détenteurs de l'autorité parentale

de son représentant légal
pour les adultes (tutelles...)

NB : Merci de ne pas couper les pièces justificatives et de scotcher ou d'agrafer les photos d'identité.

« 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- 3, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal – Article L 139-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de 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.