



Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

cerfa
N° 13788*01

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 Autre

Date de naissance :

Lieu de naissance : Code postal :

Commune :

Pays :

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

N° de sécurité sociale :

Nom de l'organisme de sécurité sociale :

Si vous avez déjà un n° 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 :

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

	Mère	Père
Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° 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"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse électronique :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH





Précisez qui détient l'autorité parentale : Mère Père Les deux Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : _____

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][][] Commune : _____

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][][][][]

Adresse électronique : _____

A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

Adresse de la personne ou organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][][] Commune : _____

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][][][][]

Adresse électronique : _____

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ CAF MSA Autre

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse de l'organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][][] Commune : _____

A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : Célibataire Marié(e) En couple sans être marié(e)

Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : [][][][][][][] Nombre d'enfants à charge : [][]

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : [][][][][][][]

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :	[][][][][][][]	[][][][][][][]
Type de contrat :	_____	_____
Date de début du contrat :	[][][][][][][]	[][][][][][][]
Date de fin du contrat :	[][][][][][][]	[][][][][][][]
en milieu protégé ESAT depuis le :	[][][][][][][]	[][][][][][][]

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH





B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.

Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation.

Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...

Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :

Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

Lined area for writing the project of life.

Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins

Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation : _____

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH





Page 6/8

Nom :

Prénom :

E - Demande de cartes

- Carte d'invalidité ou de priorité
- Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
- Carte européenne de stationnement

F - Demande de prestation de compensation

- Prestation de Compensation - PCH
Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AAEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)
 - Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
 - Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP
- Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ? Oui Non

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

- Aide humaine
Précisez : _____
- Aide technique, matériel ou équipement
Précisez : _____
- Aménagement du logement / Déménagement
Précisez : _____
- Aménagement du véhicule / surcoût du transport
Précisez : _____
- Charges spécifiques / exceptionnelles
Précisez : _____
- Aide animalière
Précisez : _____

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

Nom : _____
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.

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH



**H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources**

- Allocation aux Adultes Handicapés - AAH Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

- un revenu d'activité

du : au :

- un revenu issu d'une activité en ESAT

du : au :

- des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du : au :

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH
 Prime de reclassement
 Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)
 Orientation / Reclassement : Formation
 Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)
 Milieu protégé (ESAT)

J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :

- Un accueil de jour - précisez : _____
 Un hébergement de nuit - précisez : _____
 Un hébergement permanent - précisez : _____
 Un accompagnement - précisez : _____
 Autres (accueils temporaires ...) - précisez : _____

Quelle orientation souhaitez-vous ?

- Un accueil de jour (CAJ, ...)
 Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)
 Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)
 Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)
 Autres (accueil temporaire ...)

Date d'entrée souhaitée :

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone :

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH



