



Maison  
départementale  
des personnes  
handicapées

Date arrivée MDPH 45

# Formulaire

## Demande de compensation Adulte

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

### **Pièces obligatoires à la recevabilité de cette demande :**

- > le formulaire complété
- > un certificat médical cerfa  
de moins de 6 mois
- > un justificatif d'identité
- > un justificatif de domicile

### **À retourner à :**

MDPH du Loiret  
15, rue Claude Lewy  
CS 38112  
45081 ORLÉANS  
CEDEX 2

## ■ **Notice d'utilisation**

Ce document est un formulaire unique destiné aux adultes qui vous permet de formuler votre demande auprès de la Maison départementale des personnes handicapées pour faire valoir vos droits.

► **Toutes les rubriques figurant pages 1, 2 et 3 sont à renseigner quelle que soit votre demande**

► **Les rubriques suivantes sont à remplir en fonction de la nature de votre demande :**

<b>Demandes</b>	<b>Page</b>
Allocation adulte handicapé, complément de ressources	6
Carte d'invalidité, carte de priorité, carte de stationnement	6
Reconnaissance « travailleur handicapé » et formation professionnelle	7
Orientation vers un établissement ou service médico-social	7
Prestation de compensation, renouvellement allocation compensatrice	8
Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse	8

**■ Identification de l'adulte concerné par la demande**

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom de naissance : ..... Nom d'épouse : ..... Prénom : ..... Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Lieu de naissance : ..... Département : ..... Pays : ..... Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> EEE* <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : ..... ..... Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> * Espace économique européen	<b>Pour un adulte sous protection juridique :</b> Coordonnées du <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> curateur Nom et prénom : ..... ..... Adresse : ..... ..... ..... Téléphone : ..... <input type="checkbox"/> Membre de la famille (précisez) : ..... ..... <input type="checkbox"/> Organisme (précisez) : ..... ..... <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : ..... .....
--	--

**◆ Historique administratif**

Aviez-vous déjà un dossier à la Cotorep ou à la MDPH :  oui  non

Si oui, précisez : dans quel département : .....  
 votre numéro de dossier : .....

**◆ Adresse actuelle**

Numéro et rue : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Téléphone : ..... Portable : .....  
 Adresse électronique : .....

**◆ Précisez s'il s'agit**

- De votre domicile
- D'un établissement d'hébergement pour personnes handicapées ou âgées, ou de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux
  - Précisez le nom et l'adresse de l'établissement ou de la famille d'accueil :  
 .....  
 .....
  - Précisez votre adresse dans les 3 mois précédant votre entrée dans cet établissement ou dans cette famille :  
 .....  
 .....
- Si vous avez élu domicile dans une association, dans un organisme agréé ou un centre communal ou intercommunal d'action sociale, indiquez le nom et l'adresse de cet établissement :  
 .....
- Autre (précisez) :  
 .....  
 .....

◆ **Situation familiale actuelle**

Précisez votre situation familiale

célibataire  veuf(ve)  marié(e)  divorcé(e)  séparé(e)  pacsé(e)  concubin(e)

Depuis le :

**Enfants et autres personnes vivant à votre domicile**

Noms et prénoms	Lien de parenté (fille, fils, nièce, neveu, enfant recueilli, parent...)	Date de naissance	Situation actuelle (scolarité, apprentissage, activité professionnelle)	Date d'arrivée au domicile
1		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

◆ **Vous êtes**

(Cochez et remplissez les rubriques correspondant à votre situation)

Allocataire d'une Caf (Caisse d'Allocations familiales)  Allocataire d'une MSA (Mutualité sociale agricole)

Numéro d'allocataire : .....

Nom et adresse de la caisse : .....

Assuré social  Ayant droit  Vous n'avez aucune protection sociale

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom et adresse de l'organisme d'affiliation (CPAM, MSA, autre à préciser) : .....

Avez-vous une carte d'invalidité :  oui  non

Si vous percevez une pension d'invalidité, indiquez :  1<sup>re</sup> catégorie  2<sup>e</sup> catégorie - depuis le :

Percevez-vous la majoration pour tierce personne :  oui  non - depuis le :

(Si oui, joindre une copie de la notification d'attribution de la pension d'invalidité et/ou de majoration tierce personne)

**Si vous vivez en couple, précisez pour votre conjoint(e), concubin(e) ou pacsé(e) :**

Madame  Monsieur

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Nom d'épouse : .....

Date de naissance :      Lieu de naissance (commune et département) : .....

..... Pays : .....

Nationalité :  française  Espace économique européen (EEE) ou suisse  autre

Son numéro de sécurité sociale (CPAM, MSA, autre à préciser) : .....

Son numéro d'allocataire Caf ou MSA : ..... Cochez cette case s'il (elle) relève de la MSA

## ◆ Situation professionnelle

Adulte concerné(e) par la demande		Conjoint, concubin, pacsé (e)	
<b>Vous travaillez depuis le :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Quelle est votre situation actuelle ? (cochez toutes les cases correspondant à votre situation)</i>		<b>Il (elle) travaille depuis le :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Quelle est sa situation actuelle ? (cochez toutes les cases correspondant à sa situation)</i>	
Salarié milieu ordinaire	<input type="checkbox"/>	Salarié milieu ordinaire	<input type="checkbox"/>
Salarié en CI-RMA	<input type="checkbox"/>	Salarié en CI-RMA	<input type="checkbox"/>
Autre (artisan, commerçant, profession libérale...)	<input type="checkbox"/>	Autre (artisan, commerçant, profession libérale...)	<input type="checkbox"/>
Stagiaire formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	Stagiaire formation professionnelle	<input type="checkbox"/>
Apprenti(e)	<input type="checkbox"/>	Apprenti(e)	<input type="checkbox"/>
Travail en entreprise adaptée	<input type="checkbox"/>	Travail en entreprise adaptée	<input type="checkbox"/>
Travail en milieu protégé Esat	<input type="checkbox"/>	Travail en milieu protégé Esat	<input type="checkbox"/>
Employeur actuel (ou à défaut dernier employeur) Nom : ..... Commune et département : ..... ..... Période de travail : ..... Emploi occupé : ..... Nature du contrat <sup>1</sup> : ..... Motif du départ <sup>2</sup> : ..... Votre employeur cotise à : <input type="checkbox"/> Urssaf <input type="checkbox"/> MSA		Employeur actuel (ou à défaut dernier employeur) Nom : ..... Commune et département : ..... ..... Période de travail : ..... Emploi occupé : ..... Nature du contrat <sup>1</sup> : ..... Motif du départ <sup>2</sup> : ..... Votre employeur cotise à : <input type="checkbox"/> Urssaf <input type="checkbox"/> MSA	
<b>Vous êtes sans activité depuis le :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Quelle est votre situation actuelle ? (cochez toutes les cases correspondant à votre situation)</i>		<b>Il (elle) est sans activité depuis le :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Quelle est sa situation actuelle ? (cochez toutes les cases correspondant à sa situation)</i>	
Chômeur indemnisé	<input type="checkbox"/>	Chômeur indemnisé	<input type="checkbox"/>
Vous recevez l'Allocation spécifique solidarité	<input type="checkbox"/>	Reçoit l'Allocation spécifique solidarité	<input type="checkbox"/>
Chômeur non indemnisé	<input type="checkbox"/>	Chômeur non indemnisé	<input type="checkbox"/>
Vous êtes inscrit à Pôle emploi (indiquez votre n° identifiant : .....)	<input type="checkbox"/>	Est inscrit à Pôle emploi (indiquez son n° identifiant : .....)	<input type="checkbox"/>
Retraité, pensionné (vieillesse)	<input type="checkbox"/>	Retraité, pensionné (vieillesse)	<input type="checkbox"/>
Pensionné invalidité, rente accident du travail	<input type="checkbox"/>	Pensionné invalidité, rente accident du travail	<input type="checkbox"/>
Vous recevez l'Aspa* ou l'Asi**	<input type="checkbox"/>	Vous recevez l'Aspa* ou l'Asi**	<input type="checkbox"/>
Vous avez demandé l'un des avantages mentionnés ci-dessus Percevez-vous un autre avantage ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, de quel organisme : .....	<input type="checkbox"/>	Il (elle) a demandé l'un des avantages mentionnés ci-dessus Perçoit-il un autre avantage ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, de quel organisme : .....	<input type="checkbox"/>
Vous percevez le RSA	<input type="checkbox"/>	Perçoit le RSA	<input type="checkbox"/>
<b>Vous êtes dans une autre situation depuis le :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>(cochez toutes les cases correspondant à votre situation)</i>		<b>Il (elle) est dans une autre situation depuis le :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>(cochez toutes les cases correspondant à sa situation)</i>	
Vous percevez des indemnités de la sécurité sociale	<input type="checkbox"/>	Il (elle) perçoit des indemnités de la sécurité sociale	<input type="checkbox"/>
Vous êtes hébergé(e) en Maison d'accueil spécialisée	<input type="checkbox"/>	Il (elle) est hébergé(e) en Maison d'accueil spécialisée	<input type="checkbox"/>
Vous êtes maintenu(e) en institut médico-éducatif	<input type="checkbox"/>	Il (elle) est maintenu(e) en institut médico-éducatif	<input type="checkbox"/>
Vous payez le forfait journalier	<input type="checkbox"/>	Il (elle) paie le forfait journalier	<input type="checkbox"/>
Vous êtes hospitalisé(e)	<input type="checkbox"/>	Il (elle) est hospitalisé(e)	<input type="checkbox"/>
Vous payez le forfait journalier	<input type="checkbox"/>	Il (elle) paie le forfait journalier	<input type="checkbox"/>
Vous êtes détenu(e)	<input type="checkbox"/>	Il (elle) est détenu(e)	<input type="checkbox"/>
Pour ces 4 derniers cas précisez le nom et l'adresse de l'établissement (Mas, IME, hôpital, prison) : ..... ..... .....		Pour ces 4 derniers cas précisez le nom et l'adresse de l'établissement (Mas, IME, hôpital, prison) : ..... ..... .....	
Autre cas, précisez (AAH, autre) : .....		Autre cas, précisez (AAH, autre) : .....	

<sup>1</sup> CDI (Contrat à durée indéterminée), CDD (Contrat à durée déterminée), CTT (mission d'intérim), autre (à préciser)<sup>2</sup> Précisez s'il s'agit d'un licenciement économique, autre licenciement, démission, fin de contrat, fin de stage, autre (à préciser)

\* Allocation solidarité personnes âgées \*\* Allocation supplémentaire invalidité

## ■ Demande d'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et de complément de ressources (CPR)

### ◆ Identification de la demande

(Ne cochez que la (ou les) case(s) concernée(s) par votre demande)

- Allocation adulte handicapé (AAH)

Si vous êtes déjà bénéficiaire de l'AAH, précisez la date de renouvellement :

- Complément de ressources (CPR)

Si vous êtes déjà bénéficiaire du CPR, précisez la date de renouvellement :

### ◆ Dans les 12 mois précédant la demande, vous avez reçu

(Cochez la nature du revenu et précisez la période)

un revenu d'activité	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
des indemnités journalières de la sécurité sociale	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
un revenu issu d'une activité en Esat ou entreprise adaptée	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
en cas de doute, précisez la nature du revenu : .....		
.....		

### ◆ Logement

Vous êtes<sup>3</sup> :  locataire, sous-locataire ou co-locataire

- hébergé(e) chez un particulier (ami...), précisez : .....

.....

- hébergé(e) par un membre de la famille, précisez nom et lien de parenté : .....

.....

- propriétaire ou accédant à la propriété

- hébergé(e) dans une structure médico-sociale

- autre, précisez : .....

.....

## ■ Demande de carte mobilité inclusion

(Anciennement, cartes d'invalidité, de priorité, de stationnement pour personnes handicapées)

- Carte Carte mobilité inclusion avec mention Invalidité ou Priorité

(le cas échéant, la mention invalidité pourra être assortie d'une mention « besoin d'accompagnement » ou besoin d'accompagnement « cécité »)

- Carte mobilité inclusion mention Stationnement

<sup>3</sup> Cochez la case correspondant à votre situation

## ■ Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

(Joindre un curriculum vitae précisant votre parcours professionnel)

### ◆ Précisez votre demande

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Si vous avez déjà une RQTH, précisez la date de renouvellement :

- Aide à l'orientation professionnelle

### ◆ Niveau d'études, formation, situation professionnelle

Précisez les derniers diplômes obtenus ou préparés, ou la dernière classe fréquentée : .....

Avez-vous suivi un stage de formation professionnelle :  oui  non

Si oui, indiquez le type de stage ou de formation et le lieu de stage ou l'organisme de formation : .....

Nom et adresse du dernier employeur : .....

Période de travail : du     au     Motif du départ<sup>5</sup> : .....

Emploi occupé et activité : .....

Nature du contrat de travail<sup>6</sup> : .....

### ◆ Quels sont vos souhaits en matière d'orientation et de reclassement professionnels ?

- Milieu ordinaire, dont entreprise adaptée

- Établissement et service d'aide par le travail (Esat)

Si vous souhaitez un Esat particulier, précisez le nom et l'adresse : .....

- Formation professionnelle  Autre, précisez : .....

## ■ Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social

### Type d'établissement ou de service souhaité

- 1<sup>ère</sup> demande  demande réorientation  renouvellement, date d'échéance :

- Maison d'accueil spécialisé (Mas)

- Service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (Samsah)

- Foyer d'accueil médicalisé (Fam)

- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

- Foyer de vie

- Autre, précisez : .....

Modalité de prise en charge souhaitée :  accueil de jour  accueil à temps complet  accueil temporaire

À partir de quelle date :

Si vous avez une préférence pour un établissement, précisez nom et adresse : .....

<sup>5</sup> Précisez s'il s'agit d'un licenciement économique, autre licenciement, démission, fin de contrat, fin de stage, autre (à préciser)

<sup>6</sup> CDI (Contrat à durée indéterminée), CDD (Contrat à durée déterminée), CTT (mission d'intérim), autre (à préciser)

## ■ Demande relative à l'Allocation compensatrice

(Cette rubrique concerne **uniquement** les bénéficiaires de l'Allocation compensatrice)

Vous sollicitez :

- Renouvellement, date d'échéance :        Révision (précisez les motifs) : .....
- Droit d'option avec la prestation de compensation<sup>7</sup>

## ■ Demande relative à la prestation de compensation du handicap (PCH)

Attention, la prestation de compensation n'est pas une aide financière pour compenser une diminution ou une perte de revenus

- 1<sup>re</sup> demande
- Vous bénéficiez déjà de la PCH et souhaitez le renouvellement, précisez la date d'échéance :
- Vous bénéficiez déjà de la PCH et sollicitez une révision, précisez les motifs : .....

Éléments demandés <sup>8</sup> (ne cochez que les cases de ce que vous demandez)	Précisez vos besoins par élément demandé
<input type="checkbox"/> Aide humaine Cela ne concerne pas l'aide aux actes ménagers (ménage, lavage, repassage, courses, jardinage,...)	(hors actes ménagers) ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Aide technique	..... .....
<input type="checkbox"/> Aménagement du logement, dont vous êtes : (cochez selon votre situation)	Besoins : ..... ..... ..... Si vous êtes locataire du secteur public, précisez nom et adresse de votre bailleur (organisme HLM) qui sera susceptible d'être contacté par la MDPH pour toute demande d'adaptation (sauf avis contraire de votre part) : ..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Aménagement du véhicule (précisez)	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Surcoût de transport (Cela ne concerne pas les transports scolaires, ni les transports pour se rendre aux consultations médicales)	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Frais spécifiques ou exceptionnels	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> Aide animalière	..... ..... .....

## ■ Demande d'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de votre aidant familial

- oui  non

Si oui, indiquez :

- son nom et son prénom : .....
- sa date de naissance :       • son lien de parenté avec vous : .....
- son adresse : .....

<sup>7</sup> Si vous êtes bénéficiaire de l'Allocation compensatrice, vous pouvez demander le bénéfice de la prestation de compensation. Lorsque cette demande est formulée à la date d'échéance du droit à l'Allocation compensatrice, vous pouvez exercer votre droit d'option (R 245-32 CASF)

<sup>8</sup> Au moins 2 devis comparatifs (d'entreprises différentes) seront nécessaires selon votre demande



## ■ Projet de vie

Ce document est confidentiel. Il vous permet d'exprimer librement vos souhaits et besoins en relation avec votre situation. Vous pourrez le modifier à tout moment. Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre plan personnalisé de compensation.

- Je ne souhaite pas exprimer mes souhaits et besoins concernant les différents aspects de ma vie
- Je souhaite exprimer mes souhaits et besoins concernant les différents aspects de ma vie (vie quotidienne, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie familiale, communication, loisirs...) :

1 - mes souhaits et mes besoins :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 - avez-vous des besoins d'aide pour vos pratiques de loisirs et de culture (sorties cinéma, pratique de musique, d'un sport, lecture...) :  oui  non

Précisez : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

**Nom et fonction de la personne qui vous a accompagné dans cette formulation (s'il y a lieu) :**

.....

## ■ Informations complémentaires

### ◆ Professionnel ou organisme pouvant donner des renseignements sociaux ou médico-sociaux (facultatif)

Êtes-vous connu(e) ou accompagné(e) par un service social ou médico-social :  oui  non

Si oui, indiquez le nom et les coordonnées : .....

### ◆ Médecin traitant (facultatif)

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

## ■ Procédure simplifiée

*Qu'est-ce qu'une procédure simplifiée ? Toute demande fera l'objet d'une décision de la commission des Droits et de l'Autonomie. Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de cette commission peut statuer, dans les cas suivants : renouvellement d'un droit ou d'une prestation, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention « priorité pour personne handicapée », reconnaissance des conditions nécessaires à l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée. La procédure simplifiée ne vous permet pas d'être reçu(e), si vous le souhaitez, par la commission des Droits et de l'Autonomie.*

Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée

Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

## ■ Déclaration sur l'honneur

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toute modification de situation qui pourrait intervenir.

Fait à : .....

le : .....

Signature :

Précisez qui est le signataire :

Demandeur

Représentant légal - Précisez nom et coordonnées : .....

Autre (**uniquement avec l'accord du demandeur**) - Précisez nom, coordonnées et lien de parenté ou qualité : .....

« 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). 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.

## ■ **Pièces à joindre**

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté et signé les documents suivants :

### ◆ **Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes de dossier)**

- **Certificat médical** ci-joint rempli par votre médecin et daté de moins de 3 mois
- Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen, joindre une photocopie lisible de la **carte nationale d'identité**, ou du **livret de famille**, ou du **passport**, ou d'un **extrait d'acte de naissance**
- Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen, une photocopie lisible du **titre de séjour** en cours de validité
- Si vous êtes sous protection, une photocopie lisible de l'extrait du **jugement de tutelle** ou **curatelle** ou ordonnance de **sauvegarde de justice**
- **Justificatif de domicile** (facture EDF ou GDF, quittance de loyer ou certificat d'hébergement)
- **Curriculum vitae** et **copie d'attestation d'inscription à Pôle emploi** si demandes liées à l'orientation professionnelle

### ◆ **Pièces supplémentaires obligatoires à fournir pour l'étude des demandes de prestation de compensation, d'Allocation compensatrice et Allocation adulte handicapé)**

- Copie de votre **avis d'imposition** de l'année antérieure
- Relevé d'identité bancaire ou postal - **Rib Rip** à votre nom
- **Justificatif de fonction élective** (le cas échéant)
- Si vous êtes locataire, copie de **quittance de loyer** pour toute demande d'adaptation de logement
- Copie de **notification d'attribution de pension d'invalidité, rente accident du travail, majoration tierce personne** si vous bénéficiez de l'un de ces avantages

Toute demande de prestation de compensation relative à l'acquisition d'aides techniques, d'aménagement de logement ou de véhicule est soumise à la présentation de devis comparatifs (d'entreprises différentes) et **les frais d'acquisition des aides techniques, d'aménagement du logement ou de véhicule ne devront pas être engagés avant la décision de la commission des Droits et de l'Autonomie**. Ces devis peuvent être fournis après l'évaluation de vos besoins par les équipes pluridisciplinaires de la MDPH.



**Maison départementale des personnes handicapées**

MDPH du Loiret • 15, rue Claude Lewy • 45100 ORLÉANS

Téléphone 02 38 25 40 40 • n°vert 0 800 88 11 20 • Fax 02 38 25 40 30

[contact@mdph.loiret.fr](mailto:contact@mdph.loiret.fr)