



Maison
départementale
des personnes
handicapées

Date arrivée MDPH 45

Formulaire

Demande de compensation Enfant

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Adresse :

Code postal : Commune :

.....
Les pages 1,2,3 doivent obligatoirement être complétées et la page 9 datée et signée, par les 2 parents en cas de séparation.
.....

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 personnes âgées de moins de 20 ans, qui vous permet de formuler votre demande auprès de la Maison départementale des personnes handicapées pour faire valoir vos droits.

- Toutes les rubriques A figurant page 1, 2 et 3 sont à renseigner quelle que soit votre demande (A1 à A4)
- Les rubriques suivantes sont à remplir en fonction de la nature de votre demande :

Demands	Pages	Rubriques
Orientation vers un établissement ou service médico-social	4	B
Carte d'invalidité, carte de priorité, carte de stationnement	6	D
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	3, 5	A5, A6 et C1 à C3
Complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé	3, 5 et 6	A5, A6 et C1 à C5
Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse	3 et 6	A5, A6 et E
Prestation de compensation	3, 5, 6 et 7	A5, A6, C1 à C5 et F

A - Identification

A1 - Identification de l'adulte assumant la charge de l'enfant

Mademoiselle Madame Monsieur

Nom de naissance : _____

Nom d'époux : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Votre adresse actuelle

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Adresse électronique : _____

Votre protection sociale

Assuré social Ayant droit Vous n'avez aucune protection sociale

n° de sécurité sociale : _____

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

A2 - Identification de l'enfant concerné par la demande

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Commune : _____

Département : _____

Pays : _____

Nationalité : Française EEE* ou Suisse Autre

Adresse actuelle de l'enfant (si différente de celle du demandeur)

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Adresse électronique : _____

Établissement scolaire (ou autre) fréquenté actuellement par l'enfant :

L'enfant a-t-il un dossier MDPH ? oui non

Si oui MDPH 45

autre MDPH n° de département : _____

Numéro de dossier : _____

A3 - Autorité parentale ou protection juridique

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

Père de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (n° et rue) : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone : _____

Mère de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (n° et rue) : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone : _____

L'autorité parentale est exercée par :

Mère Père Les deux Autre

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

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Adresse électronique : _____

Représentant légal pour les adultes (le cas échéant)

Tutelle Curatelle Autre : _____

(joindre copie du jugement)

A4 - Identification de l'organisme payeur

Allocataire CAF (Caisse d'allocations familiales)

Allocataire MSA (Mutualité sociale agricole)

Autre : _____

Nom et prénom de l'allocataire : _____ N° allocataire : _____

Nom et adresse de l'organisme : _____

A5 - Situation familiale de l'adulte ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : Célibataire Marié En couple sans être marié Séparé(e), divorcé(é), veuf(e)

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

Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

A6 - Situation professionnelle du demandeur ayant la charge de l'enfant

Cocher la case correspondant à votre situation	Vous	Conjoint(e), pacsé(e), concubin(e)
<input type="checkbox"/> Salarié (y compris apprentissage)	Depuis le :	Depuis le :
<input type="checkbox"/> Stagiaire de la formation professionnelle	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<input type="checkbox"/> Non salarié (travailleur indépendant, profession libérale, exploitant agricole...)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<input type="checkbox"/> Inscrit comme demandeur d'emploi	Depuis le :	Depuis le :
<input type="checkbox"/> Chômage indemnisé	Depuis le :	Depuis le :
<input type="checkbox"/> Retraité	Depuis le :	Depuis le :
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'une allocation ou d'une pension	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui laquelle :	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui laquelle :
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire allocation journalière présence parentale (AJPP)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<input type="checkbox"/> Autre (arrêt maladie, maternité, paternité, accident du travail, étudiant, bénéficiaire RSA, AAH...) Précisez :	Depuis le :	Depuis le :

B - Demande d'orientation relative à un parcours de scolarisation, et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social

Première demande Demande de réorientation Renouvellement - date d'échéance :

Orientation scolaire :

- AESH - Auxiliaire de vie scolaire
- ULIS - Unité localisée pour l'inclusion scolaire
- Maintien en classe maternelle

Transport scolaire

- MPA** : matériel pédagogique adapté : joindre : - 2 devis
- une prescription médicale
 - un bilan ergothérapeute

Établissement médico-social :

- IME (JES, IME, IMPRO)
- ITEP
- IEM
- IES
- Accueil temporaire (90 jours/an)

en internat :

- oui
- non

Si oui, nombre de nuitées :

.....

Maintien en établissement pour enfant, pour un jeune de + de 20 ans (amendement CRETON)

Service médico-social :

- SESSAD
- SAFEP
- SSAD
- SSEFIS

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? oui non

Si oui, préciser le nom et l'adresse :

C - Demande d'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé et son complément

C1 - Identification de la demande

AEEH : Première demande Révision Renouvellement - date d'échéance :
 Complément d'AEEH : Première demande Révision Renouvellement - date d'échéance :
 Votre enfant est : en internat (nombre de nuits par semaine) en externat à domicile
 Depuis le :

C2 - Types d'accueil

Identification de l'accueil (crèche, halte garderie, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile...)	Temps de prise en charge (en h/semaine et nuits/semaine)	Depuis le	Coordonnées de l'établissement ou du service

C3 - Types de scolarisation, de formation et de soins

Identification de l'établissement ou du service	Temps de prise en charge (en h/semaine et nuits/semaine)	Depuis le	Coordonnées de l'établissement ou du service
école, collège, lycée, enseignement supérieur			
établissement et service médico-social ou sanitaire			
Soins divers	ergothérapie		
	psychomotricité		
	orthophonie		
	psychologue		
	autre		

Si votre enfant est en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'état ou l'aide sociale ? oui non

C4 - 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 depuis quelle date ?

Si oui, dans quelle proportion : 20 % 50 % autre, préciser :

➔ **joindre justificatif de réduction d'activité professionnelle**

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne motivé par la situation de votre enfant, indiquez le nombre d'heures par semaine : heures

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

➔ **joindre justificatifs d'embauche**

C5 - Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais médicaux ou para-médicaux divers (non ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèzes et autres)

NATURE DES FRAIS (joindre justificatifs des frais)	COÛTS			PÉRIODICITÉ
	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	semaine, mois, année, occasionnelle

D - 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

E - Demande d'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse d'un aidant familial

Indiquez, pour la personne à affilier au régime vieillesse :

Nom :

.....

Prénom :

Date de naissance :

Lien de parenté :

Adresse :

.....

.....

La CAF ou la MSA contactera directement la personne concernée pour effectuer sa demande d'affiliation

F - Demande de Prestation de Compensation du handicap

Première demande Renouvellement - date d'échéance : |_|_|_|_| Révision

Vous pouvez formuler une demande de PCH si vous avez formulé une demande d'AEEH ou êtes déjà bénéficiaire d'une AEEH.

Cependant le complément AEEH n'est pas cumulable avec la PCH, sauf s'il s'agit du 3^e élément de la PCH (frais aménagement du logement, adaptation du véhicule, surcoût de transport) et si ces frais n'ont pas été pris en compte dans l'attribution du complément. Selon votre demande, vous pourrez exercer votre droit d'option entre les deux prestations.

Éléments demandés ¹		Détails des éléments demandés
<input type="checkbox"/>	Aide humaine dans la vie quotidienne (hors AESH et aide ménagère)	
<input type="checkbox"/>	Aide technique, matériel ou équipements particuliers (hors matériel et mobilier scolaires adaptés)	
<input type="checkbox"/>	Aménagement du logement Précisez si vous êtes : <input type="radio"/> propriétaire <input type="radio"/> locataire secteur public <input type="radio"/> locataire secteur privé	
<input type="checkbox"/>	Aménagement véhicule Précisez : <input type="radio"/> poste de conduite <input type="radio"/> autre :	
<input type="checkbox"/>	Surcoût de transport (hors transports scolaires et consultations médicales)	
<input type="checkbox"/>	Frais spécifiques ou exceptionnels (hors prises en charge thérapeutiques)	
<input type="checkbox"/>	Aide animalière	

¹ Cochez la case correspondant à vos besoins. Au moins 2 devis **comparatifs** seront nécessaires selon votre demande. 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 des personnes handicapées (CDAPH).

G - 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

1 - Mes souhaits :

2 - Mes besoins :

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) :

Procédure simplifiée

- Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée
- Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une 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. Cependant, afin de permettre une étude plus rapide de vos droits, une formation restreinte de cette commission peut statuer dans les cas de : 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, si vous le souhaitez, par la Commission des droits et de l'autonomie.

Déclaration sur l'honneur

La signature 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
des deux
parents :

- Demandeur
- Représentant légal - Précisez nom et coordonnées :
- Autre - Précisez nom, coordonnées et lien de parenté ou qualité :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (*Article L 114-13 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 les documents suivants :

- **Quelle que soit votre demande, les pièces nécessaires à la recevabilité :**
 - Certificat médical ci-joint, rempli par votre médecin et daté de moins de 6 mois
 - Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer ou certificat d'hébergement)
 - Pièces d'identité de l'enfant et des représentants légaux

- **Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen ou Suisse**
 - photocopie lisible de l'un des documents suivants (pour vous-même, votre conjoint(e), concubin(e), pacsé(e), chaque enfant ou autre personne vivant au foyer) : carte nationale d'identité, ou du livret de famille, ou du passeport, ou d'un extrait d'acte de naissance, ou carte d'ancien combattant ou d'invalidité ou titre de séjour

- **Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen ou Suisse**
 - photocopie lisible d'un des documents suivants :
 - pour vous-même : du titre de séjour en cours de validité ;
 - pour votre conjoint(e), concubin(e), pacsé(e), chaque enfant de 18 ans et plus, chaque autre personne vivant au foyer : du livret de famille ou du titre de séjour ou de l'extrait d'acte de naissance

- **Si vous êtes réfugié ou apatride**
 - La photocopie lisible des documents suivants : le titre de séjour en cours de validité ou le récépissé de demande de titre de séjour de 3 mois renouvelables portant la mention « reconnu réfugié » ou « admis au séjour au titre de l'asile » ou la photocopie lisible du certificat de réfugié par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides

- **Si vos enfants sont de nationalité étrangère et sont nés à l'étranger hors espace économique européen ou Suisse**
 - Extrait d'acte de naissance ou livret de famille ou certificat de l'Agence nationale d'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM) délivré dans le cadre d'un regroupement familial pour les enfants de moins de 18 ans ou titre de séjour pour les enfants de plus de 18 ans

- **Si vous avez recours à l'emploi d'une tierce personne**
 - la photocopie lisible de l'un des documents suivants : le contrat de travail, une fiche de paie, la déclaration Urssaf ou autre document

- **Si vous avez des frais supplémentaires**
 - Devis d'aménagement du domicile, du véhicule ou de matériel

- **Si vous êtes sous tutelle ou curatelle**
 - Attestation du jugement de tutelle ou curatelle ou sauvegarde de justice

- **Demande de prestation de compensation du handicap (PCH)**
 - Un relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne
 - Copie avis d'imposition année antérieure
 - Justificatif de fonction élective (le cas échéant)

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 conformes à l'évaluation et aux préconisations de l'équipe pluridisciplinaire. 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.



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