

Formulaire de demande(s) auprès de la MPH

I - INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR ET LA PERSONNE HANDICAPÉE

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 : _____

N° de sécurité sociale : _____

Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____

Si vous avez déjà un n° de dossier MPH, 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 :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____@_____	_____@_____

Précisez qui détient l'autorité parentale : Mère Père Les deux
 Autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme :

Nom : _____

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 : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

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

Vous êtes : Célibataire Marié(e) civilement Marié(e) (droit local)

Pacsé(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), partenaire, concubin(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : __ / __ / _____

A7 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

Locataire, sous-locataire, ou co-locataire

Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)

Propriétaire ou accédant à la propriété

Autres, précisez : _____

A8 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous	Votre conjoint(e), partenaire, concubin(e)
<input type="checkbox"/> Salarié(e) / apprenti(e) depuis le : _ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Type de contrat : depuis le : _ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _
jusqu'au : _ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _
En milieu protégé ESAT depuis le : _ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _
 <input type="checkbox"/> Stagiaire de la formation professionnelle depuis le : _ _ / _ _ / _ _ _ _	 _ _ / _ _ / _ _ _ _
Nom de votre employeur : _____	_____
Ou organisme de formation	
<input type="checkbox"/> Non salarié(e) depuis le : _ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _
y compris exploitant agricole, prof. libérale	
Précisez à quel régime vous cotisez : _____	_____
<input type="checkbox"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le : _ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Indemnisé(e) depuis le : _ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Retraité(e) depuis le : _ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Recevez-vous l'allocation personne âgée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'une pension depuis le : _ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _
Catégorie de la pension d'invalidité : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Rente accident du travail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allocation supplémentaire d'invalidité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Autre depuis le : _ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _
(arrêt maladie, maternité, étudiant, AAH...)	
Précisez : _____	_____

A9 - Autre situation de la personne concernée

Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social

Vous êtes hospitalisé(e)

Autres cas, précisez :

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : N° : _ _ _ _ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _ _ _ _ _ Commune : _____

III - VOS DEMANDES D'ALLOCATIONS LIÉES AU HANDICAP (COCHEZ) **C - Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé**

Situation administrative du responsable légal de l'enfant :

 Nationalité française Carte de résident, valable du __/__/____ au __/__/____ Détenteur d'une carte temporaire de séjour avant 2002, et toujours titulaire d'une carte temporaire de séjour depuis cette date. **D - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés**

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 de la sécurité sociale,

du : __/__/____ au : __/__/____

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

Situation de la personne administrative concernée :

 nationalité française

date d'entrée sur le territoire de Mayotte : __/__/____

 détenteur d'une carte de résident et résidant à Mayotte,

et en situation régulière depuis plus de 15 années.

 E - Demande d'Allocation Tierce Personne, enfant ou adulteCette allocation est octroyée **en complément** d'une Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé ou d'une Allocation de l'Adulte Handicapé pour les personnes nécessitant une aide importante à la réalisation des actes de la vie quotidienne.**IMPORTANT**

Pour percevoir une allocation liée au handicap, il faut :

1. Que la commission des personnes handicapées décide que le taux d'incapacité lié au handicap est suffisamment important,
2. Que le payeur de l'allocation (Établissement des Allocations Familiales ou Conseil général) juge que les conditions administratives et les conditions de ressources sont remplies .

Après une décision favorable de la commission des personnes handicapées, vous devez donc vous rapprocher de l'administration en charge du paiement.

**IV - DEMANDE DE SCOLARISATION, DE FORMATION,
D'INSERTION PROFESSIONNELLE
(COCHEZ)**

F - Demande relative à un parcours de scolarisation / de formation avec ou sans accompagnement par un établissement médico-social

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous au regard de vos attentes et besoins exprimées au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

Votre enfant est-il en internat ? Oui Non Depuis le : __ / __ / __
Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile...) :

Type de scolarisation, de formation et de soins actuellement en place
(école, collège, lycée, établissement et service médico-social ou sanitaire...) :

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

Code postal : __ / __ / ____ Commune : _____

G - Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé - RQTH

Prime de reclassement

Orientation / Reclassement :

Formation Milieu protégé (ESAT) Milieu ordinaire de travail

Accompagnement dans le parcours d'insertion professionnelle

Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B ci-contre)

V - AUTRES DEMANDES (COCHEZ) **H - 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 : _____
- Autres (accueil temporaire,...) - 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 pour adulte handicapé - SAMSAH,...)
- Autres (accueil temporaire,...)

Date d'entrée souhaitée : __ / __ / ____

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

Nom : _____

Code postal : _____ Commune : _____

 I - Demande de cartes

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

La maison des personnes handicapées vous informe que vos coordonnées peuvent être transmises aux administrations, établissements et services concernées par la mise en œuvre des décisions de la commission des personnes handicapées.

Fait à : _____ Le : __ / __ / ____

Signature : de la personne concernée de son représentant légal

Déclaration de ressources (cochez) 2010 2011 2012

Numéro d'allocataire : _____ Numéro de sécurité sociale : _____

Déclarez SANS LES CENTIMES tous les revenus perçus en France, hors de France ou versés par une organisation internationale (articles R. 532-3, R. 831-6 et D. 542-10 du code de la Sécurité sociale et R. 351-5 du code la construction et de l'habitation).

PERSONNE DONT LES RESSOURCES SONT À DÉCLARER	Vous	Conjoint(e), concubin(e), partenaire de pacs	Enfant ou autre personne
Nom Prénom(s) Date de naissance	_____ _____ __ / __ / ____	_____ _____ __ / __ / ____	_____ _____ __ / __ / ____
ABSENCE DE RESSOURCES (cochez la case)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALAIRES •traitements, salaires, heures supplémentaires, indemnités de la sécurité sociale (maladie, maternité, paternité) •frais réels déductibles	_____ _____ € _____ €	_____ _____ € _____ €	_____ _____ € _____ €
INDEMNITÉS DE SÉCURITÉ SOCIALE NON IMPOSABLES (accident du travail, maladie professionnelle)	_____ €	_____ €	_____ €
ALLOCATIONS DE CHÔMAGE ET PRÉRETRAITES	_____ €	_____ €	_____ €
REVENUS DES NON SALARIÉS BÉNÉFICIAIRES (BIC - BNC - BA) •adhérent d'un centre de gestion agréé ou régime micro (micro-bic, micro bnc) •non adhérent d'un centre de gestion agréé •forfait non fixé (cochez la case)	_____ _____ € _____ € <input type="checkbox"/>	_____ _____ € _____ € <input type="checkbox"/>	_____ _____ € _____ € <input type="checkbox"/>
DÉFICITS DE L'ANNÉE (N-1) •professionnels •fonciers	_____ _____ € _____ €	_____ _____ € _____ €	_____ _____ € _____ €
RETRAITES, PENSIONS ET RENTES IMPOSABLES (les Allocations supplémentaires vieillesse ou invalidité et les Allocations de solidarité aux personnes âgées ne sont pas à déclarer)	_____ €	_____ €	_____ €
PENSIONS ALIMENTAIRES REÇUES	_____ €	_____ €	_____ €
AUTRES REVENUS •revenus fonciers •compte d'épargne-handicap •autres	_____ _____ € _____ € _____ €	_____ _____ € _____ € _____ €	_____ _____ € _____ € _____ €
CHARGES DÉDUCTIBLES •pensions alimentaires versées •CSG déductible sur les revenus du patrimoine •Epargne-retraite et cotisations volontaires de Sécurité Sociale	_____ _____ € _____ € _____ €	_____ _____ € _____ € _____ €	_____ _____ € _____ € _____ €

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration. Je prends connaissance que l'administration peut vérifier les montants déclarés. Je m'engage à lui signaler immédiatement tout changement dans ma situation.

Le __ / __ / ____

Signature obligatoire:

NOTICE EXPLICATIVE DU FORMULAIRE DE DEMANDE :

Pour bien remplir le formulaire ci-joint, merci de lire les indications suivantes:

Ecrivez en LETTRES MAJUSCULES et cocher les cases nécessaires. Veillez à bien indiquer en haut de chaque page du formulaire ci-joint les nom et prénom(s) de la personne concernée par la demande.

La personne concernée par la demande est la personne porteuse d'un handicap au sujet duquel l'intervention de la maison des personnes handicapées est sollicitée.

Rubrique A à A9

Les rubriques A à A4 sont **obligatoires**. Si vous faites uniquement une demande de cartes, vous n'avez pas besoin de remplir les rubriques de A5 à A9.

Rubrique A2 : « Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » correspond au lieu de vie habituel de cette personne.

Rubrique A4 : « Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant » concerne les adultes sous protection juridique.

Le représentant légal (tuteur ou curateur) est désigné par le juge des tutelles.

Rubrique B

Pour remplir cette rubrique « Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (projet de vie) », n'hésitez pas à vous rapprocher des services de la maison des personnes handicapées ou de l'unité d'action sociale (UAS) du conseil général la plus proche de chez vous.

Rubrique C

L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) peut être versée à la personne qui assume la **charge effective** d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap (parent ou personne qui s'occupe de l'enfant).

Rubrique D

L'allocation tierce personne peut être octroyée **en complément** d'une Allocation pour Adulte Handicapée ou d'une Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé **lorsque la personne concernée nécessite une aide importante à la réalisation des actes de la vie quotidienne**.

Rubrique F

Le parcours de scolarisation et/ou de formation de l'enfant ou du jeune adulte en situation de handicap peut être mis en œuvre dans un établissement scolaire, dans un établissement ou service médico-social, dans un établissement sanitaire. Le parcours s'organise totalement, partiellement ou en alternance sur ces types d'établissements.

C'est dans cette rubrique que vous pouvez indiquer vos demandes d'aménagement scolaire, de matériel pédagogique, transports scolaires, auxiliaire de vie...

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L114-13, L114-19 du code de la sécurité sociale - Article 441-1 du code pénal - Article L135-1 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 communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur