



Volet Adulte



Maison départementale des personnes handicapées de Seine-et-Marne

Mon 1^{er} dossier : La MDPH vous accompagne



Odile THIBOULT et Sandrine MARCHAL,
Conseillères d'accompagnement – MDPH 77

SOMMAIRE

1. Contexte et définition
2. Missions de la MDPH
3. Parcours du dossier
4. Droits et prestations
5. Projet de vie
6. Formulaire de demandes
7. Notification
8. Mise en œuvre



1. CONTEXTE ET DEFINITION

Le contexte réglementaire

La loi du 11 février 2005

pour l'égalité des droits et des chances, la participation
et la citoyenneté des personnes handicapées :



Apporte une nouvelle définition du handicap

Instaure le droit à la compensation du handicap

Crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées

Place l'utilisateur et son projet de vie au centre de la démarche d'évaluation:
chaque situation est différente = la réponse sera donc personnalisée

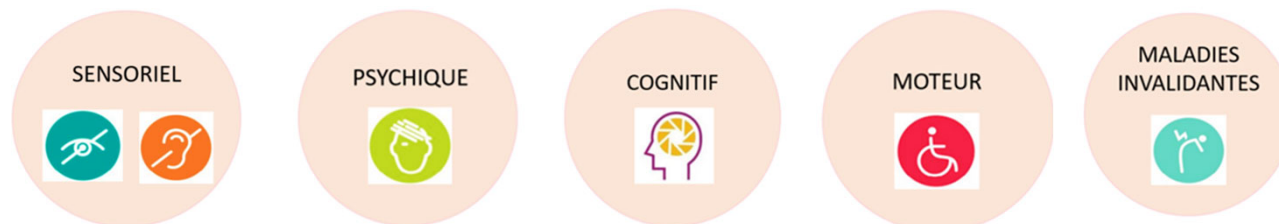


Le handicap c'est quoi?

Le handicap, c'est lorsqu'une personne rencontre des difficultés importantes et durables dans sa vie quotidienne (se déplacer, communiquer, travailler, apprendre, participer à la vie sociale), à cause d'un problème de santé ou d'un fonctionnement différent du corps ou de l'esprit.

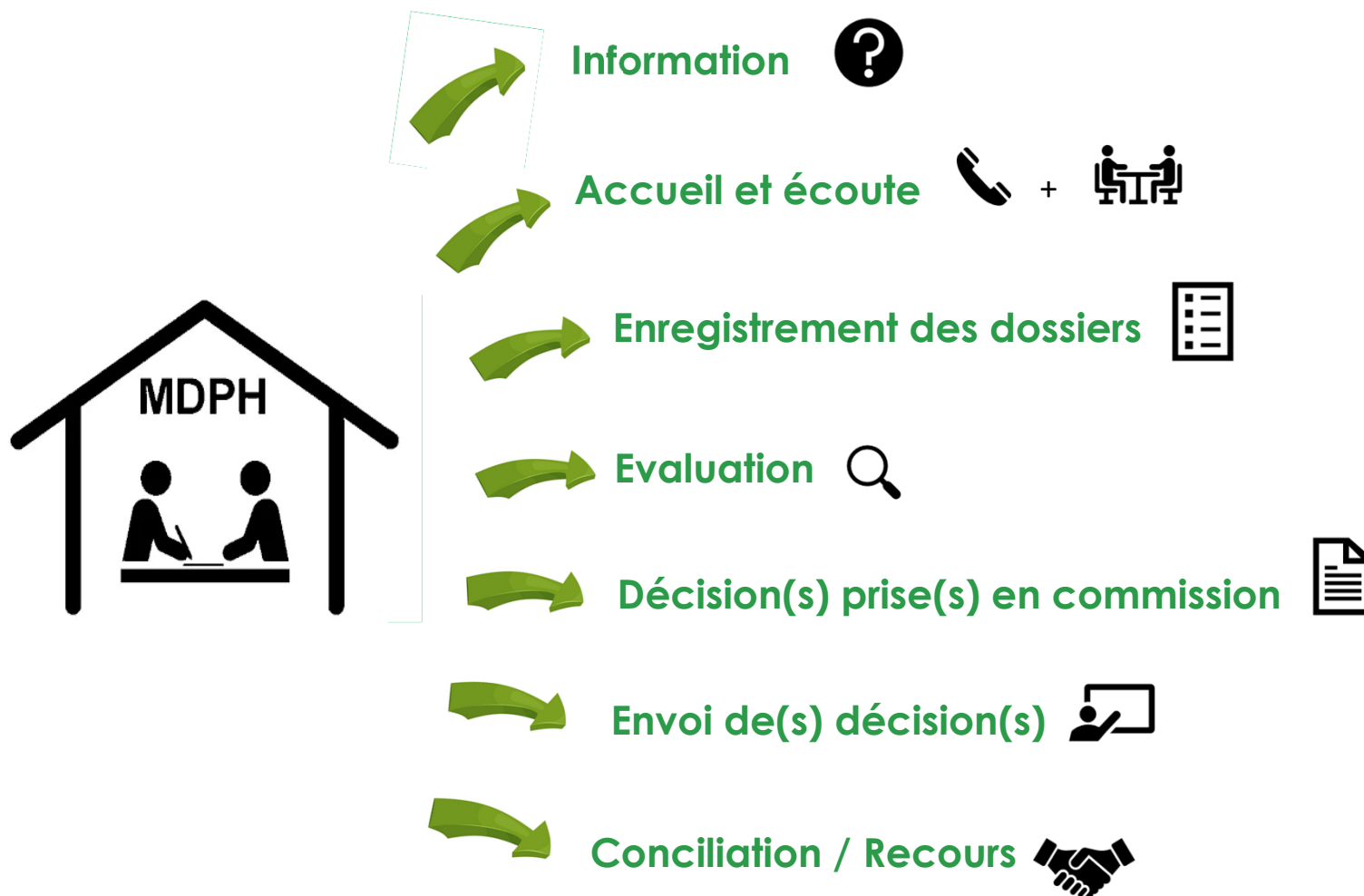


Ces difficultés existent surtout parce que l'environnement n'est pas toujours adapté : les lieux, les règles, l'organisation ou le regard des autres peuvent limiter la participation de la personne à la vie en société.



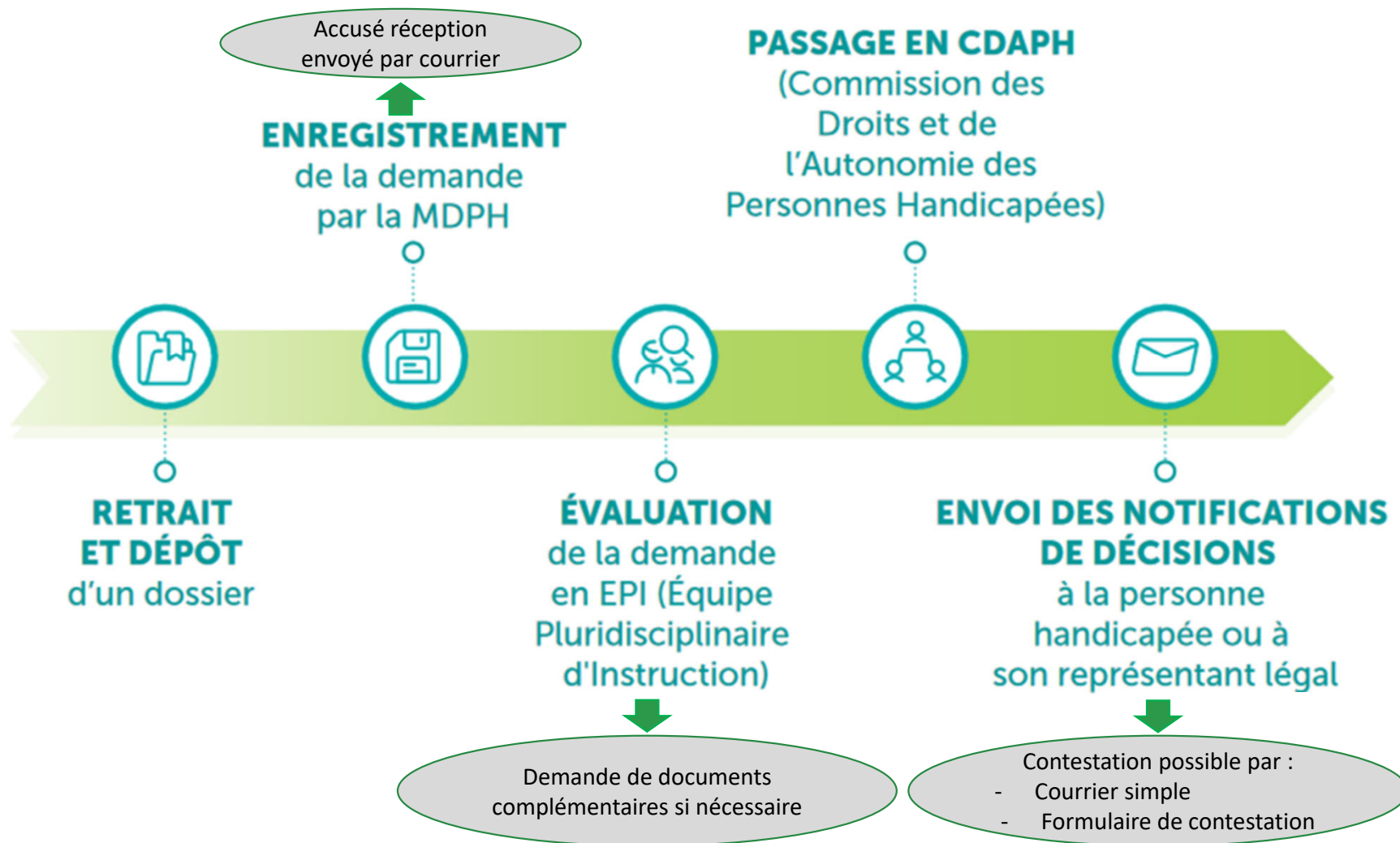


2. MISSIONS DE LA MDPH



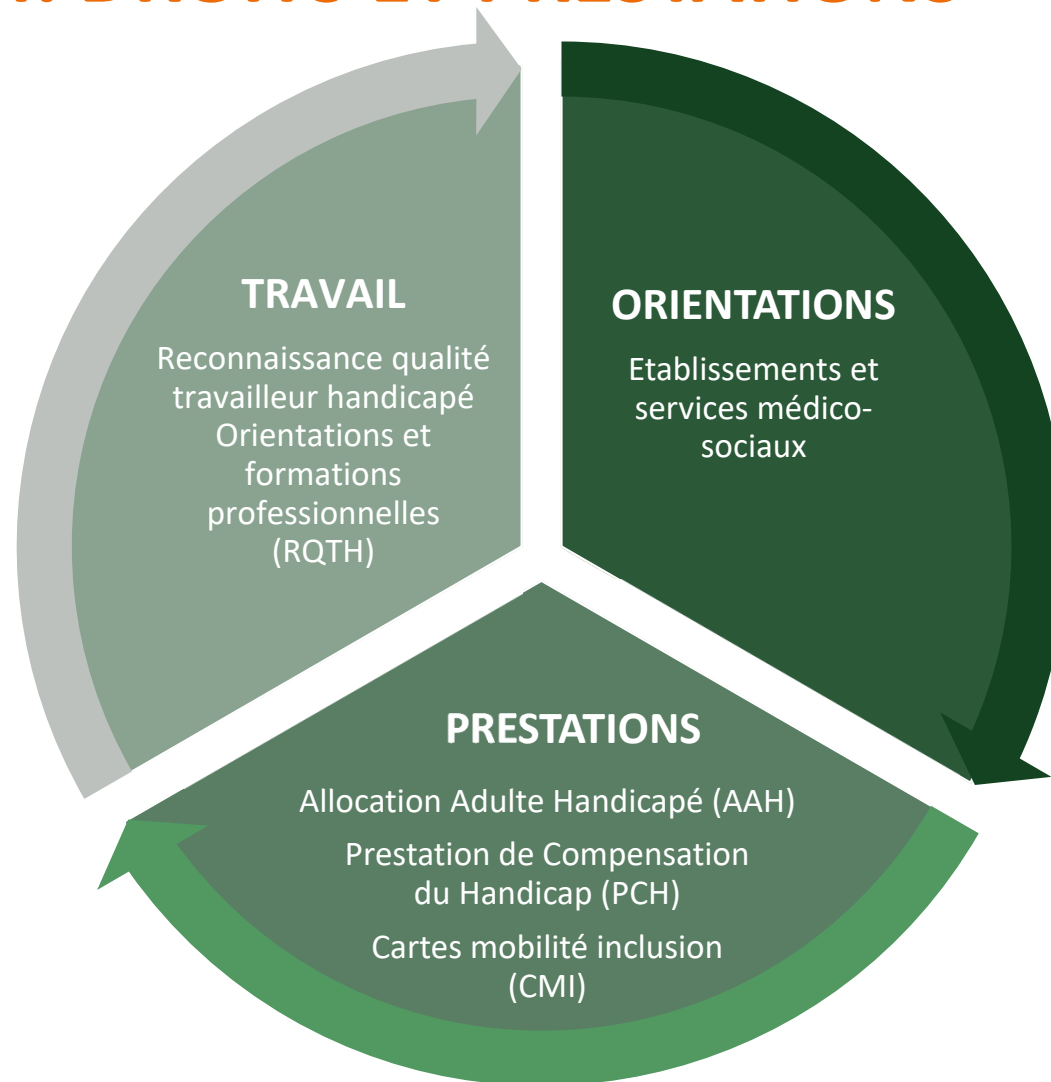


3. PARCOURS DE LA DEMANDE





4. DROITS ET PRESTATIONS





5. LE PROJET DE VIE : Un écrit personnel et singulier



Pourquoi l'écrire ?

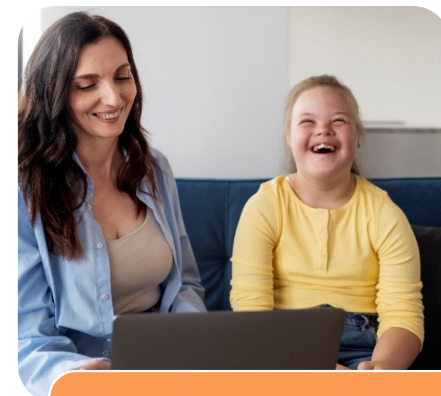
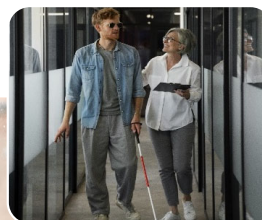
Un projet de vie permet
d'exprimer sa situation, ses
attentes, ses projets



Comment l'écrire ?

Un proche, un représentant
légal, une conseillère en
accompagnement de la MDPH
peut vous aider à formuler votre
projet de vie

*La description d'une journée type en
est une bonne illustration*



Où l'écrire ?

- Page 8 du formulaire
- En ajoutant une annexe



**Ecrit non obligatoire
mais fortement conseillé**





6. FORMULAIRE DE DEMANDES

➔ Son format

N°13788*01
Expérimentation

DEMANDE À LA MDPH

La MDPH, c'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées.
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.

A qui s'adresse ce formulaire ?

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.
Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.
Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection : son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

**Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.
En fonction des conditions citées par la réglementation, vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :**

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments	Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)
Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments	Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation
Carte mobilité inclusion	Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle
Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
Prestation de compensation du handicap (PCH)	Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)



Formulaire
20 pages - plusieurs feuillets :

- ✓ Identification de la personne et signature
- ✓ Vie quotidienne
- ✓ Vie scolaire ou étudiante
- ✓ Situation professionnelle
- ✓ Demande de droits ou de prestations
- ✓ Vie de l'aidant familial (facultatif)



Ces trombones, présents tout au long du dossier, invitent l'utilisateur à transmettre des justificatifs spécifiques, selon sa situation

A

Votre identité

Renseignements obligatoires

A1

Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Nom de naissance : _____ Nom d'époux/se ou d'usage : _____

Prénoms : _____ Date de naissance : ____/____/____

Nationalité : ☐ Française ☐ Espace Économique Européen ou Suisse ☐ Autre

Commune de naissance : _____ Département : _____

Pays de naissance : ☐ France ☐ Autre, précisez : _____

Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France : ____/____/____

Complément d'adresse (si besoin précisez le nom de la personne qui vous héberge) : _____

Adresse (numéro et rue) : _____

Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? ☐ E-mail ☐ Appel téléphonique ☐ SMS ☐ Courrier

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez son nom : _____

Organisme payeur de prestations familiales/RSA : ☐ CAF ☐ MSA ☐ Autre N° d'allocataire : _____

Organisme d'assurance maladie : ☐ CPAM ☐ MSA ☐ RSI ☐ Autre (préciser) : _____

Votre numéro de Sécurité Sociale : _____

Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer son numéro de sécurité sociale : _____

A2

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

Qui exerce l'autorité parentale : ☐ Parent 1 ou représentant légal 1 ☐ Parent 2 ou représentant légal 2

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse (numéro et rue) : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale

2/20

Nom : _____

Prénom : _____

Cette partie est à compléter obligatoirement



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



Documents de recevabilité : la demande ne pourra être étudiée en l'absence de ces documents



A Documents à joindre obligatoirement à votre demande		Renseignements obligatoires
		• Un certificat médical de moins de 6 mois prévu pour les demandes MDPH • Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal (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 (Pour les enfants, joindre le justificatif de domicile du représentant légal ; pour les personnes hébergées par un tiers : justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant) • Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)
☐ J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :		
Le : Signature : 		
Signature : ☐ De la personne concernée ☐ De son représentant légal ☐ Des deux parents (pour les mineurs)		
☐ J'accepte, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.		☐ Je n'accepte pas que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.
☐ En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.		
☐ Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants : • Renouvellement d'un droit ou d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas évolué. • Reconnaissance des conditions nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de l'aidant d'une personne handicapée. • Attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). • Situation d'urgence.		
Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçu(e) par la CDAPH. Les informations que vous donnez sont confidentielles. La loi vous donne le droit d'être reçu par la CDAPH. La CDAPH, c'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Créée par la loi 2005-102 du 11 février 2005, elle prend les décisions d'attribution des droits aux personnes avec un handicap sur la base de l'évaluation et des propositions de la MDPH. Une évaluation approfondie va maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous recontactera si nécessaire. Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire. - Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement - (Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal) 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 rectification 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.		
M.D.P.H. Formulaire de demande		MDPH Accueil physique : Accueil téléphonique :
4/20	Nom :	Prénom :

Vous recevrez par courrier une réponse à votre demande dans environ  4 Mois



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

B1 Votre vie quotidienne

Vous vivez : ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ Avec vos parents (ou l'un d'entre eux) ☐ Avec vos enfants (ou l'un d'entre eux)

☐ Autre situation, précisez : _____

Où vivez-vous ?

☐ Vous avez un logement indépendant et vous êtes : ☐ propriétaire ☐ locataire

☐ Dans un établissement médico social ou de soin (préciser le nom, le type et le lieu) : _____

Vous êtes hébergé(e) au domicile (pensez à indiquer son nom et son adresse dans le bloc A1) :

☐ De vos parents (ou l'un d'entre eux) ☐ De vos enfants (ou l'un d'entre eux)

☐ D'un(e) ami(e) ☐ D'un autre membre de votre famille

☐ D'une famille d'accueil

☐ Autre situation, précisez : _____

Avez-vous déjà eu ? ☐ Un accident causé par un tiers ☐ Un accident du travail

☐ Un autre accident, précisez : _____

Suite à cet accident y a-t-il une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, auprès de quel organisme : _____

Aide financière et ressources

Vous recevez les aides, ressources et/ou prestations suivantes :

☐ Allocation aux adultes handicapés (AAH) ☐ Revenu de solidarité active (RSA)

☐ Allocation chômage versée par Pôle Emploi ☐ Allocation de solidarité spécifique (ASS)

Dans les 12 mois précédant votre demande, avez-vous perçu :

☐ Un revenu d'activité ☐ Des indemnités journalières

☐ Un revenu issu d'une activité en ESAT Du : / / Au : / /

Pension d'invalidité : ☐ 1^{re} catégorie ☐ 2^e catégorie ☐ 3^e catégorie depuis le : / /

☐ Autres pensions de ce type : (pension des deux tiers, d'incapacité, etc...) _____

☐ Majoration tierce personne ☐ Allocation supplémentaire d'invalidité

☐ Rente d'accident ou maladie professionnelle ☐ Prestation complémentaire de recours à tierce personne

☐ Retraite pour inaptitude dans la fonction publique ou retraite anticipée depuis le : / /

Taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) : _____ %



- Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité
- Copie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

☐ Pension de retraite Vous êtes retraité(e) depuis le : / /

☐ Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées)

☐ Vous avez demandé une pension de retraite

☐ Vous êtes bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Nom : _____

Prénom : _____

6/20



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



B

Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

☐ Aide technique,
matériel ou
équipement

☐ Aménagement
de logement
☐ Aides techniques (préciser) :
ex : barre d'appui, déambulateur...
☐ Autres : _____

☐ Aide à la personne
(avec quelqu'un
qui aide)

☐ Aménagement
de véhicule
☐ Aides animales
☐ Votre famille
☐ Professionnel de soins à domicile
☐ Un accompagnement médico-social
☐ Autres : _____

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

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : _____ heures par semaine.

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : _____ heures.

Si vous travaillez à temps partiel, veuillez préciser la quotité : _____ %.

Frais liés au handicap et restant à charge

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

B2

Vos besoins dans la vie quotidienne

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.

Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parent(s) ;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoin pour la vie à domicile

☐ Pour régler les dépenses courantes
(loyer, énergie, habillement, alimentation...)
☐ Pour gérer son budget et répondre aux
obligations (démarches administratives
assurances, impôts...)
☐ Pour l'hygiène corporelle
(se laver, aller aux toilettes)
☐ Pour s'habiller
(mettre et ôter les vêtements, les choisir...)
☐ Autre besoin, préciser : _____

☐ Pour faire les courses
☐ Pour préparer les repas
☐ Pour prendre les repas
☐ Pour faire le ménage et l'entretien des
vêtements
☐ Pour prendre soin de sa santé
(suivre un traitement, aller en consultation ...)

6/20

Nom : _____

Prénom : _____

Besoins de la personne en situation de handicap, pas de l'aidant.

À adapter en rapport à une personne du même âge, sans problème de santé.

Cela peut concerner un besoin d'assistance physique mais aussi un besoin de consignes, de stimulation, de surveillance.



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



B Vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

Besoin pour se déplacer

- | | |
|---|---|
| ☐ Pour se déplacer dans le domicile | ☐ Pour utiliser un véhicule |
| ☐ Pour sortir du domicile ou y entrer | ☐ Pour utiliser les transports en commun |
| ☐ Pour se déplacer à l'extérieur du domicile | ☐ Pour partir en vacances |

Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Autre situation, précisez : _____

Besoin pour la vie sociale

- | | |
|--|---|
| ☐ Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre | ☐ Pour s'occuper de sa famille |
| ☐ Pour avoir des activités sportives et des loisirs | ☐ Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative...) |
| ☐ Pour les relations avec les autres | ☐ Pour assurer sa sécurité |

☐ Autre besoin, précisez : _____

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Vivre à domicile | ☐ Une aide pour se déplacer | ☐ Un accueil temporaire en établissement |
| ☐ Vivre en établissement | ☐ Du matériel ou équipement | ☐ Une aide animalière |
| ☐ Un aménagement du lieu de vie | ☐ Une aide financière pour des dépenses liées au handicap | ☐ Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne |
| ☐ Une aide humaine : quelqu'un qui aide | ☐ Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne | ☐ Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D) |

☐ Autre attente, précisez : _____

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil, d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos attentes ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui lequel / lesquels :

Êtes-vous en contact ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous en contact ☐ Oui ☐ Non

Nom : _____

Prénom : _____

7/20



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT

C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne
la scolarité ou la vie étudiante

C1 Situation scolaire

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :

- ☐ En milieu ordinaire
- ☐ À domicile
- ☐ Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social
- ☐ En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile
- ☐ En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire
- ☐ En formation supérieure

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

Depuis le : / /

☐ Autre, préciser :

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

☐ Oui ☐ Non

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

☐ Il est trop jeune

☐ Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social

À partir de quand sera-t-il scolarisé ?

Préciser :

☐ Autre, préciser :

Si vous êtes étudiant ou en apprentissage :

Type d'études :

Diplôme(s) obtenu(s) :

Diplôme(s) préparé(s) :

Nom de l'établissement :

Rue :

Ville :

Depuis le : / /

Nom :

Prénom :

9/20



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Établissement(s)

Vous disposez actuellement d'accompagnements ou de soins :

☐ Soins hospitaliers ☐ Soins en libéral

☐ Autre, préciser : _____

Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :

☐ Aménagements et adaptations pédagogiques ☐ Outils de communication ☐ Matériel informatique et audiovisuel
☐ Matériel déficience auditive ☐ Matériel déficience visuelle ☐ Mobilier et petits matériels
☐ Transport

☐ Autre, préciser : _____

Vous disposez actuellement d'une aide humaine aux élèves handicapés :

☐ Si oui, préciser laquelle : _____

Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux...) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soirée/nuit							

10/20

Nom : _____

Prénom : _____



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE





C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne
la scolarité ou la vie étudiante

C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.
Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoins en lien avec les apprentissages

- | | |
|--|--|
| ☐ Pour lire | ☐ Pour écrire, prendre des notes |
| ☐ Pour calculer | ☐ Pour comprendre, suivre les consignes |
| ☐ Pour organiser, contrôler son travail | ☐ Pour l'utilisation du matériel |

☐ Autre, préciser :

Besoins pour communiquer

- | | |
|---|---|
| ☐ Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre | ☐ Pour les relations avec les autres |
| ☐ Pour assurer sa sécurité | |

☐ Autre, préciser :

Besoins pour l'entretien personnel

- | | |
|--|---|
| ☐ Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes) | ☐ Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements) |
| ☐ Pour les repas (manger, boire) | ☐ Pour prendre soin de sa santé |

☐ Autre, préciser :

Besoins pour se déplacer

- | | |
|--|--|
| ☐ Pour se déplacer à l'intérieur des locaux | ☐ Pour se déplacer à l'extérieur des locaux |
| ☐ Pour utiliser les transports en commun | |

☐ Autre, préciser :

Nom :

Prénom :

11/20



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne
la scolarité ou la vie étudiante

C3 Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

- | | |
|--|--|
| ☐ Une adaptation de la scolarité | ☐ Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation |
| ☐ Une orientation scolaire différente | ☐ Une prise en charge par un établissement sans hébergement |
| ☐ Une aide humaine | ☐ Une prise en charge par un établissement avec hébergement |
| ☐ Une aide matérielle | |
| ☐ Autre, préciser : | |

Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire,
universitaire ou médico-social qui pourrait
répondre à vos attentes ? Si oui, lequel ?

Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le
«GEVASco». Le GEVASco, c'est un guide de recueil de données que vous remplissez avec le
directeur d'établissement (première demande) ou l'enseignant référent (réexamen).
Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.



Pour les enfants scolarisés joindre impérativement le formulaire GEVASco pour toute demande de
renouvellement d'aide pour la scolarisation et si possible pour toute première demande à ce propos.

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre
enseignant référent, indiquez pourquoi :

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie scolaire,
étudiante ou apprentissage, indiquez-les ici :

12/20

Nom :

Prénom :



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne
votre projet professionnel

☐ Vous êtes sans emploi depuis le : / /

Avez-vous déjà travaillé : ☐ Oui ☐ Non

Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes actuellement sans emploi :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre situation :

☐ Inscrit(e) à Pôle Emploi

☐ En formation continue. Préciser :
.....
.....
.....

☐ Étudiant(e) (dans ce cas compléter également la partie C)

Depuis le : / /

Accompagnement vers l'emploi réalisé par :

☐ Mission locale ☐ Cap emploi ☐ Pôle Emploi ☐ Un référent RSA désigné par le Conseil Départemental

☐ Autres, préciser :

Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?

☐ Aides de l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)

☐ Aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou d'une orientation professionnelle valant RQTH (orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées vers un ESAT, vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP) ? ☐ Oui ☐ Non

14/20

Nom :

Prénom :



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT

**D****Votre situation professionnelle**Si votre demande concerne
votre projet professionnel**D2****Votre parcours professionnel**Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures
d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

Année(s)	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Temps plein ou partiel	Motif de fin d'activité
Exemple : 1998	Hôtesse de caisse	E Leclerc	Temps partiel	Fin du CDD
6 mois				

Votre niveau de qualification :

☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur

Dernière classe fréquentée :

Vos formations :

Si vous avez suivi une (des) formation(s)
professionnelle(s), préciser laquelle / lesquelles :

.....

.....

.....

.....

Diplômes obtenus :
Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

Si vous avez déjà effectué un bilan (compétences, module d'orientation professionnelle - MOP,
pré-orientation...), préciser l'année et l'organisme :

.....

.....

.....

.....

Nom :

Prénom :

15/20

MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNEseine
&marne
LE DÉPARTEMENT



Expression du projet professionnel et des besoins de l'utilisateur dans cette partie.

Les freins/difficultés dans l'accès ou le maintien dans l'emploi peuvent aussi apparaître ici

D

Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel

D3

Votre projet professionnel

Avez-vous un ou plusieurs projet(s) professionnel(s) ?

Si oui, le(s)quel(s) :

Avez-vous besoin d'un soutien pour :

☐ Faire un bilan de vos capacités professionnelles

☐ Accéder à un emploi

☐ Préciser votre projet professionnel

☐ Accéder à une formation

☐ Adapter votre environnement de travail

Avez-vous éventuellement déjà identifié une structure qui pourrait répondre à vos attentes? Si oui, laquelle :

Avez-vous déjà pris contact avec cette structure ? ☐ Oui ☐ Non

Autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre situation professionnelle :

16/20

Nom :

Prénom:



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



Dans ces situations, il n'est pas utile de faire un dossier MDPH si le seul besoin est la RQTH

E Expression des demandes de droits et prestations

E3 Demandes relatives au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle (Dans ce cas, compléter aussi la partie D)

- ☐ Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- ☐ Orientation professionnelle
- ☐ Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) ou Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)
- ☐ Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- ☐ Marché du travail ☐ Avec accompagnement par le dispositif Emploi accompagné
- « Le dispositif emploi accompagné propose un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle du travailleur handicapé et à son employeur. Peuvent être bénéficiaires de ce dispositif les travailleurs handicapés :
- ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
 - accueilli dans un établissement ou service d'aide par le travail ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
 - déjà en emploi en milieu ordinaire de travail, rencontrant des difficultés particulières pour sécuriser leur insertion professionnelle. »

Bénéficiez-vous de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) ?

Dans ce cas il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH car l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés vaut RQTH.

Vous bénéficiez de l'OETH si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- Titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- Ancien militaire ou assimilé, titulaire d'une pension militaire d'invalidité à condition que votre invalidité ait réduit de deux tiers votre capacité de travail ou de gain ;
- Veuve ou orphelin de victime militaire de guerre ou de titulaire de pension militaire d'invalidité (sous certaines conditions) ;
- Titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;
- Titulaire de la carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité ;
- Titulaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Par ailleurs certaines orientations professionnelles valent RQTH. Ainsi, il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH si vous bénéficiez d'une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vers un Établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP). »

Vous venez de formuler une demande de droits et prestations.

Conformément à la loi du 11 février 2005, l'équipe de la MDPH peut proposer à la décision de la CDAPH, sur la base de l'examen de votre situation et de l'expression de vos besoins, l'ouverture de droits complémentaires.

18/20

Nom :

Prénom :



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



L'expression des besoins de l'aidant familial est encouragée pour mieux connaître l'aide apportée auprès de la personne.

Les parents d'un enfant en situation de handicap sont invités à exprimer leurs attentes dans cette partie.

F Vie de votre aidant familial

Si vous souhaitez exprimer des besoins en tant qu'aidant familial

Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à l'aidant familial de la personne en situation de handicap. L'aidant familial, c'est une personne de l'entourage qui aide la personne en situation de handicap au quotidien. Si plusieurs aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, remplissez une feuille pour chacun. Vous pouvez expliquer à la MDPH l'aide que vous apportez actuellement à la personne en situation de handicap et vous pouvez exprimer vos attentes et vos besoins.

F1 Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant : Date de naissance : / /

Prénom de l'aidant : Adresse de l'aidant :

Nom de la personne aidée :

Votre lien avec la personne en situation de handicap :

Vivez-vous avec la personne en situation de handicap : ☐ Non ☐ Oui, depuis le / /

Êtes-vous actuellement en emploi : ☐ Oui ☐ Non ☐ Réduction d'activité liée à la prise en charge de la personne aidée

Nature de l'aide apportée :

☐ Surveillance / présence responsable
☐ Aide aux déplacements à l'intérieur du logement
☐ Aide aux déplacements à l'extérieur
☐ Aide pour entretenir le logement et le linge
☐ Aide à l'hygiène corporelle
☐ Aide à la préparation des repas
☐ Aide à la prise de repas

☐ Coordination des intervenants professionnels
☐ Gestion administrative et juridique
☐ Gestion financière
☐ Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.)
☐ Aide à la communication et aux relations sociales
☐ Aide au suivi médical

☐ Autre, préciser :

Qui participe avec vous à l'accompagnement de la personne aidée ?

☐ Un (des) professionnel(s) ☐ Un (ou plusieurs) autre(s) proche(s) ☐ Je suis le seul aidant du demandeur

Êtes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?

☐ Non ☐ Oui, préciser :

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ? ☐ Oui, laquelle : ☐ Non

Nom : Prénom :

19/20



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



Le besoin de répit de l'aidant peut être compensé par une orientation du bénéficiaire vers un accueil temporaire en établissement médico-social

F

Vie de votre aidant familial

Si vous souhaitez exprimer des besoins en tant qu'aidant familial

Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

- | | |
|--|---|
| ☐ Éloignement géographique (déménagement...) | ☐ Problème de santé |
| ☐ Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...) | ☐ Changement majeur dans la situation professionnelle |
| ☐ Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...) | ☐ Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...) |
| ☐ Autre, préciser : _____ | |

F2

Vos attentes en tant qu'aidant familial

- | | |
|--|---|
| ☐ Pouvoir vous reposer au quotidien | ☐ Obtenir une contrepartie financière |
| ☐ Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin | ☐ Échanger avec d'autres aidants |
| ☐ Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu | ☐ Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche |
| ☐ Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances | ☐ Avoir un soutien psychologique |
| ☐ Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle | ☐ Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche |
| ☐ Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux | ☐ Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse |
| ☐ Autre, préciser : _____ | |

Avez-vous éventuellement déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos attentes?
Si oui, lequel / laquelle :

Vous souhaitez mieux connaître les dispositifs et aides existants :

- ☐ Pour vous ☐ Pour la personne aidée

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer concernant votre vie d'aidant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature de l'aidant :

.....

20/20

Nom :

Prénom :

Les aidants peuvent être orientés vers les SAPHA (Services Aînés, Personnes Agées et Aidants) de la MDS, ou vers le PAT (Pôle Autonomie Territorial) de son secteur.



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT

➔ Ses documents

OBLIGATOIRES

Photocopie recto/verso d'un justificatif d'identité

Justificatif de domicile de moins de 12 mois
et pour les personnes hébergées fournir une
attestation sur l'honneur de l'hébergeant

Certificat médical
de moins de 12 mois

Attestation de jugement en protection juridique
(pour les personnes concernées)

Formulaire de demandes complété,
daté et signé en page 4

NECESSAIRES

Justificatif de pension, d'invalidité, rente, etc.

Tout document médical et/ou paramédical
utile à l'évaluation du dossier

Bilans, comptes-rendus des professionnels
qui vous accompagnent

Tous les devis/justificatifs de dépenses
(ou surcoûts) liés à la situation de handicap
de la personne concernée



**Votre dossier ne pourra pas être évalué
si l'un de ces documents n'est pas fourni.**





7. LA NOTIFICATION



- La notification de décision = **courrier officiel** de la MDPH.
- 1 droit = 1 notification
- L'ensemble des notifications est adressé au demandeur ou à son représentant légal.
- Le demandeur est libre de donner suite ou non aux décisions de la CDAPH.
- Les droits sont parallèlement notifiés à chacun des organismes chargés du financement ou de la mise en œuvre des décisions.

Courrier à conserver
Gardez cet original et faites des photocopies

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de Seine et Marne
16 Rue de l'Aluminium,
77543 Savigny-le-Temple Cedex

Savigny-le-Temple, le 25/11/2024

Contact : Pole vie professionnelle/DCAM
☎ : 01.64.19.11.40
🌐 : <http://www.mdph77.fr>

Votre numéro MDPH : [REDACTED]
Date de naissance : [REDACTED]
Identifiant (NIR) : [REDACTED]

MADAME [REDACTED]

Les étapes de votre demande :

Réception de votre demande

➡

Evaluation de votre demande

➡

Décision

Notification de décision suite à la demande pour [REDACTED]

Madame [REDACTED]

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le 03/06/2024. La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre demande et a rendu sa décision le 20/11/2024.

La CDAPH rejette votre demande portant sur une allocation aux adultes handicapés (AAH).

Votre taux d'incapacité est < 50 %

La CDAPH a reconnu que vous présentez des difficultés pouvant entraîner des limitations d'activité. Cependant, ces difficultés ont une incidence légère à modérée sur votre autonomie sociale et professionnelle, correspondant à un taux d'incapacité inférieur à 50% (en application du guide barème de l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles). Comme prévu aux articles L.821-1 et L.821-2 du code de la sécurité sociale, ce taux ne permet pas l'attribution de l'AAH.

La décision de la CDAPH du 20/11/2024 termine le traitement de votre demande portant sur une allocation aux adultes handicapés (AAH).

Vous pouvez contester cette décision de la CDAPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.



8. LA MISE EN OEUVRE DE LA NOTIFICATION

Allocation aux Adultes Handicapés



Caisse d'Allocations Familiales ou
Mutualité Sociale Agricole



Aménagement de la scolarité
Aide humaine en classe, matériel pédagogique adapté



Éducation nationale



Carte mobilité inclusion
- Mention Invalidité
- Mention Priorité
- Mention Stationnement



Imprimerie nationale



Prestation de Compensation du Handicap



Conseil départemental



Accompagnements médico-sociaux



Etablissements et services médico-sociaux





LA MDPH DE SEINE-ET-MARNE

Se situe :

Au 16 rue de l'Aluminium 77176 Savigny-le-Temple
A 5 min à pied de la gare RER Savigny-le-Temple-Nandy

 **Est joignable** au 01 64 19 11 40

Vous répond au téléphone et vous accueille sans rendez-vous :

- du lundi au mercredi de 9 h à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h
- le jeudi de 9 h à 17 h
- le vendredi de 9 h à 12 h 30

 **Reçoit les courriers** à :
MDPH 77
16 rue de l'Aluminium
77543 Savigny-le-Temple Cedex



 Sur notre **SITE INTERNET** <https://mdph77.fr/fr>, rubrique **CONTACTEZ-NOUS**, dans l'onglet **NOUVELLE DEMANDE** pour :

- Demander l'envoi d'un dossier
- Savoir où en est votre dossier
- Demander un rendez-vous avec une conseillère MDPH (aide au remplissage du dossier, explication d'une notification)
- Envoyer des documents
- Signaler un changement d'adresse
- Demander le transfert de votre dossier vers une autre MDPH
- Téléservice <https://mdphenligne.cnsa.fr/>

 **Les points d'accueil des partenaires de proximité** qui vous accompagnent (Maison départementale des solidarités, CIC PAT, CCAS...) sont répertoriés sur notre site internet dans la rubrique « MDPH / Points d'accueil » : <https://mdph77.fr/fr/les-points-daccueil>



Le site internet de la MDPH 77

Sur notre site Internet <https://mdph77.fr/fr>, vous trouverez aussi des informations sur :

Les actualités

Les actualités liées à la MDPH 77 et au handicap apparaissent dans la rubrique **ACTUALITÉS**.



<https://mdph77.fr/fr/actualites>

Les événements

Retrouvez dans l'**AGENDA** de notre site, tous les forums, événements, groupes de parole, activités sportives, culturelles et de loisirs... organisés par des acteurs associatifs ou institutionnels du territoire, et spécialement pensés pour les personnes en situation de handicap, les aidants ou ouverts à tous dans une démarche inclusive.

<https://mdph77.fr/fr/agenda>

Nos délais de traitement



Retrouvez les dates d'ouverture des dossiers mises à jour chaque vendredi, pour avoir une idée de l'avancée de votre demande.

<https://mdph77.fr/fr/actualites/point-sur-nos-delaix-de-traitement>

Les associations

Consultez notre annuaire pour découvrir les associations seine-et-marnaises engagées dans le champ du handicap, intervenant sur des thématiques variées : accès aux droits, sport, culture, loisirs, accompagnement, aide à domicile...

<https://mdph77.fr/fr/annuaire-des-associations>

Les permanences d'associations à la MDPH

- Le 4^e vendredi de chaque mois, le **Comité Départemental Handisport de Seine-et-Marne (CDH77)** vous informe sur les possibilités de pratiquer du handisport/sport adapté près de chez vous.
- Un jeudi par mois, l'**UNAFAM** reçoit les proches de personnes en situation de handicap psychique.

<https://mdph77.fr/fr/les-permanences-des-associations>





A VOS QUESTIONS !

Nous sommes à votre écoute





**Merci
de votre attention**



**MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE**

*La MDPH
pour vous aider*

**16, rue de l'Aluminium
77543 Savigny-le-Temple cedex
01 64 19 11 40**



seine & marne
LE DÉPARTEMENT