



Volet Enfant



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

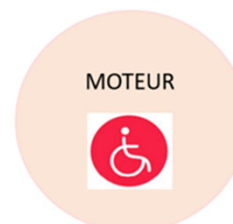
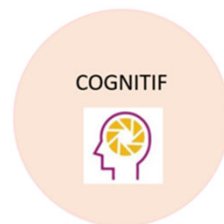


Le handicap, c'est quoi?

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.

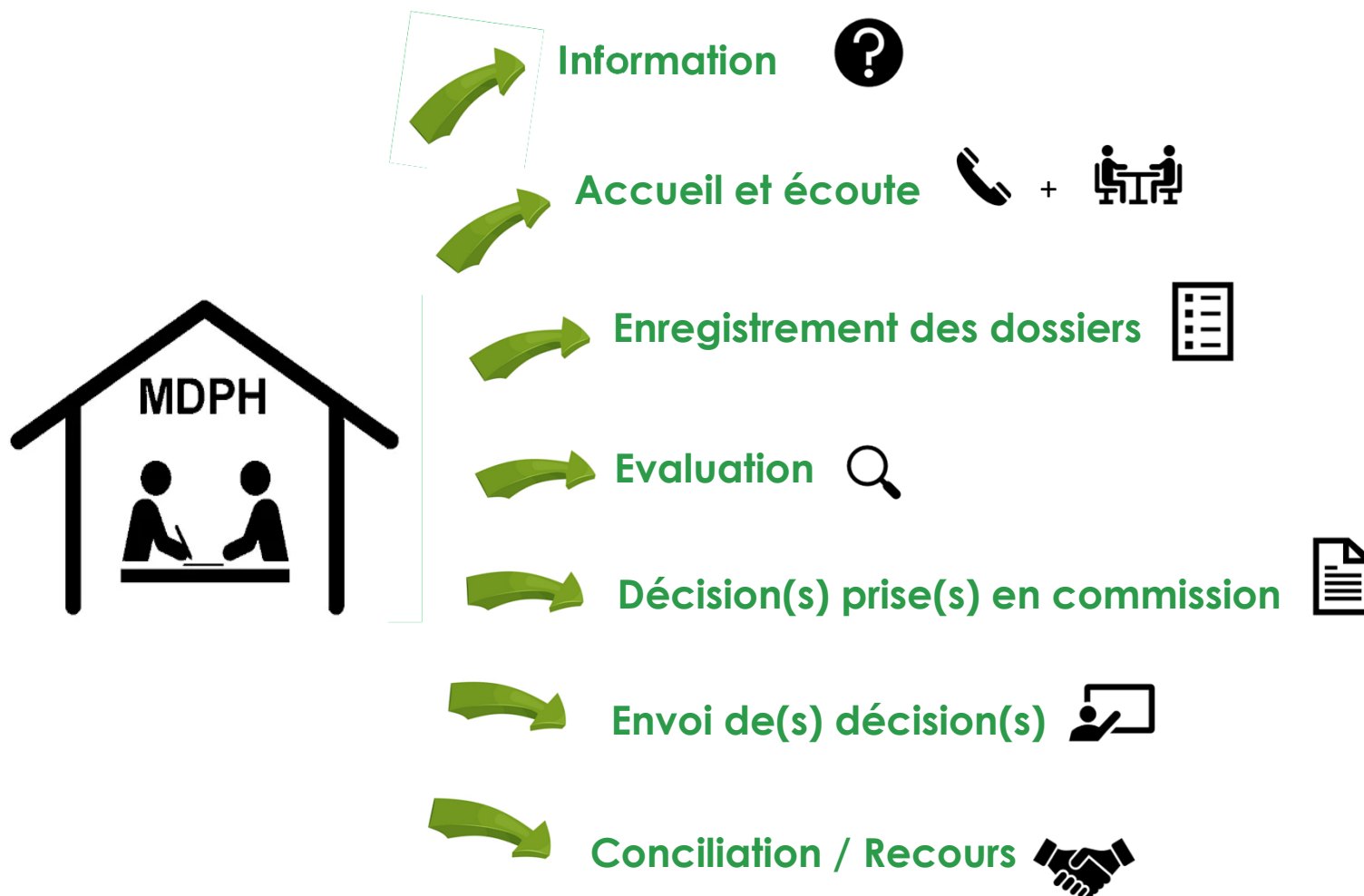


Ces difficultés existent surtout parce que l'environnement n'est pas toujours adapté : les lieux, les règles, l'organisation ou le regard des autres peuvent limiter la participation de la personne à la vie en société.



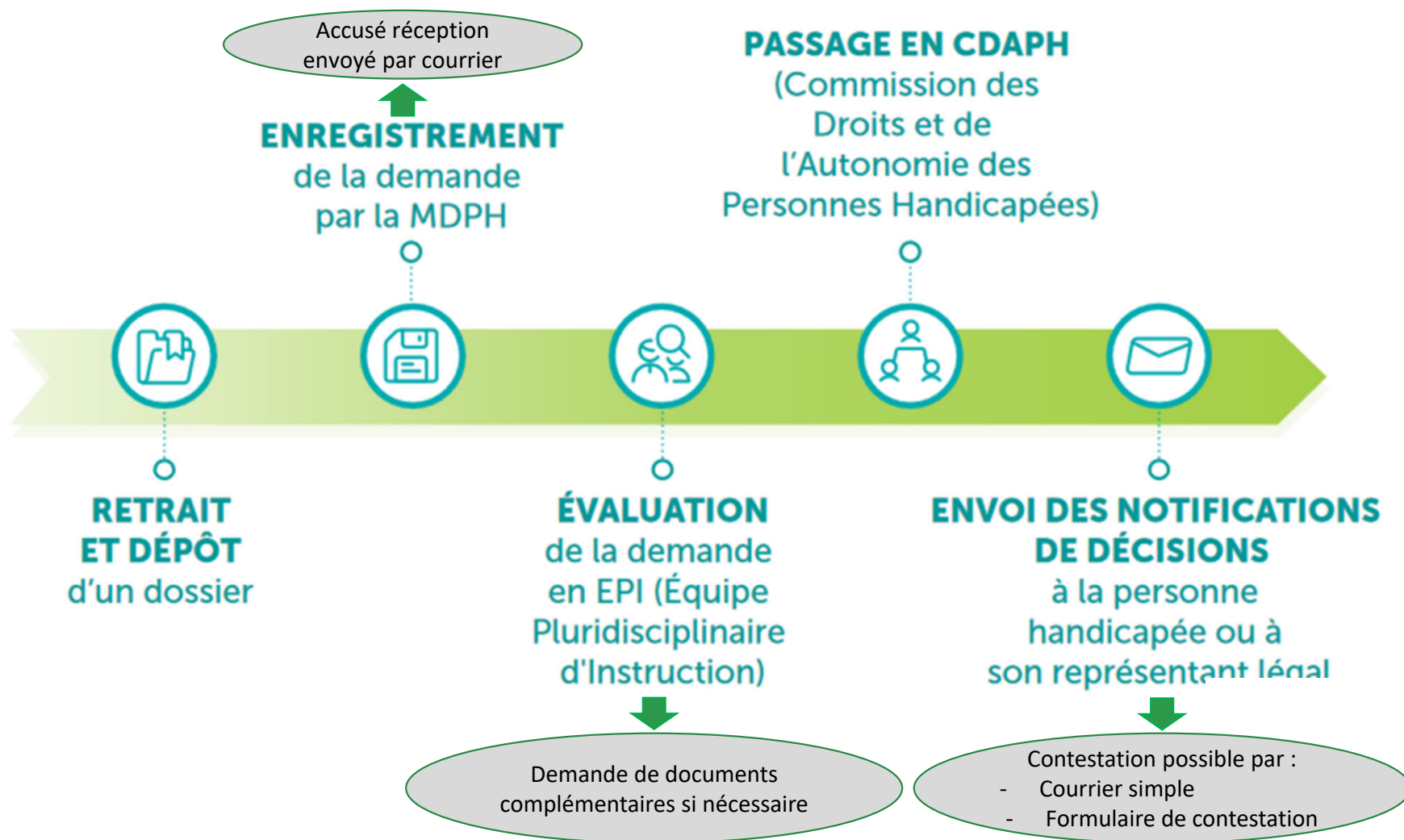


2. MISSIONS DE LA MDPH



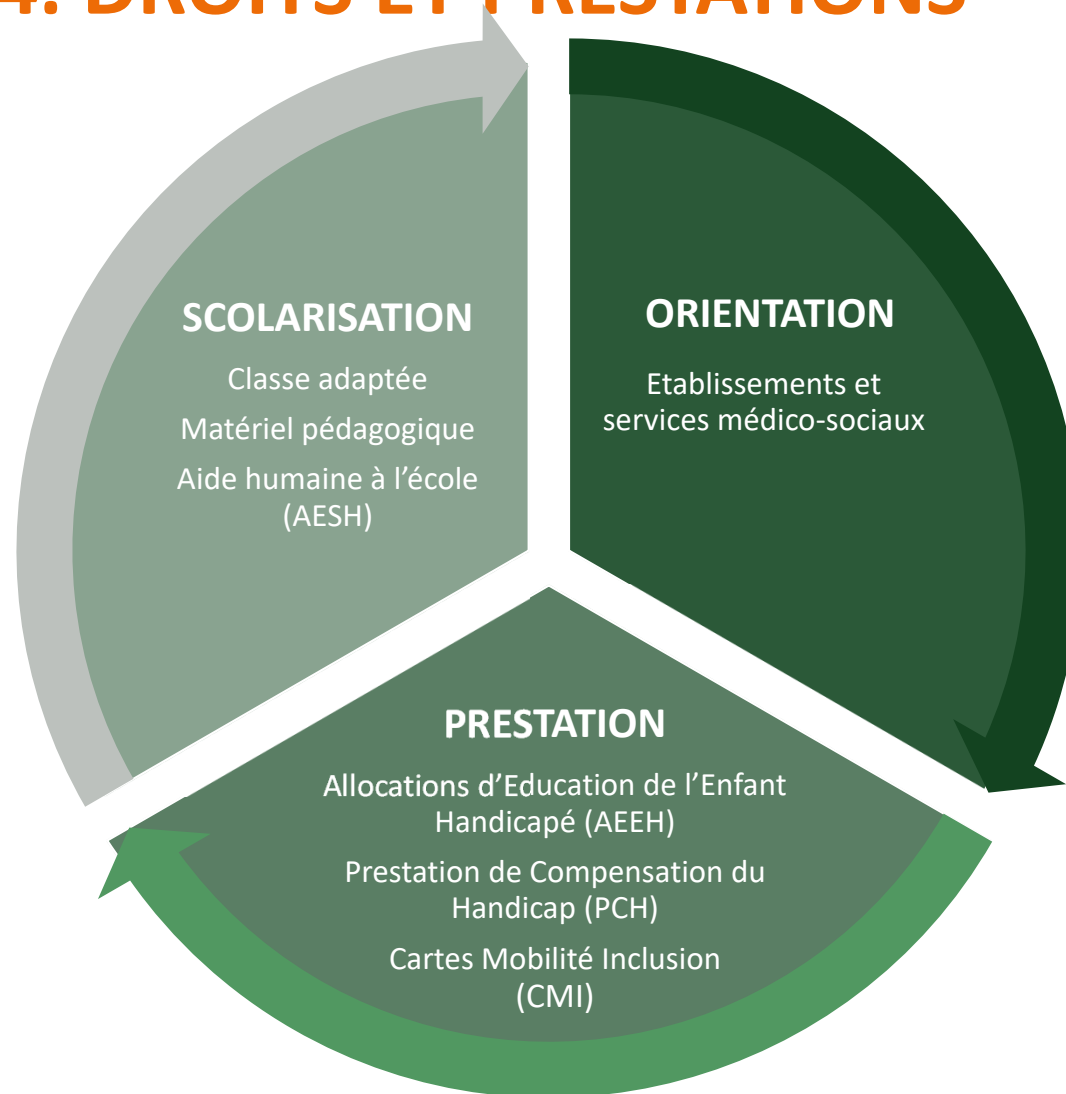


3. PARCOURS DE LA DEMANDE





4. DROITS ET PRESTATIONS





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



Pourquoi l'écrire ?

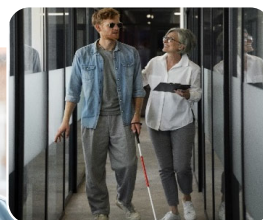
Un projet de vie permet d'exprimer sa situation, ses attentes, ses projets



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

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)



 N°15692*01

DEMANDE À LA MDPH

Article R 145-26 du code de l'action sociale et des familles
La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.
Ce formulaire se déploiera progressivement sur le territoire national entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} mai 2019.
À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13788*01.


LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

À 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 prévues 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 (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)	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)

Que dois-je remplir ?

☐ C'est ma première demande à la MDPH	Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E
☐ Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé	
☐ Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits	
☐ Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé	Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire
☐ Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins	Votre aidant familial peut remplir la partie F

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

☐ Oui Dans quel département : _____ N° de dossier : _____

Vous êtes ici guidé dans les parties du dossier à compléter selon votre situation



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



Ces trombones, présents tout au long du dossier, vous invitent à transmettre des justificatifs spécifiques selon votre 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, quelle que soit votre situation

A Votre identité
Renseignements obligatoires

A3 Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH

Vous acceptez que nous contactons ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

☐ Un proche
 ☐ Une association
 ☐ Autre

Nom de l'association (si pertinent) :

Nom et prénom de la personne :

N° et rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse e-mail :

A4 Vous bénéficiez d'une mesure de protection

Type de mesure de protection
(tutelle, curatelle, curatelle renforcée,
habilitation familiale) :

Nom de l'organisme
(si pertinent) :

Nom de la personne :

Date de naissance :

N° et rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Représentant légal 1

Représentant légal 2 (le cas échéant)

A5 Vous pensez être dans une situation nécessitant un traitement rapide de votre demande

Merci de cocher si vous pensez être dans une des situations suivantes :

☐ Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous

☐ Vous risquez rapidement de perdre votre travail

☐ Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir

☐ Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation

☐ Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement

Date d'entrée prévue : ____ / ____ / ____

Expliquer la difficulté :

☐ Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc...)

Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance :

Nom :

Prénom :

3/20

Cocher l'une de ces cases permet d'alerter la MDPH. Mais c'est elle uniquement qui décidera de prioriser ou non le dossier, en fonction de la situation et de critères établis



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

Il n'existe pas de procédure simplifiée en Seine-et-Marne, tous les dossiers suivent le même circuit

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. ou ☐ 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 : _____

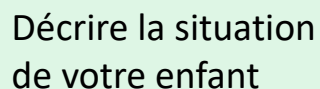
Le certificat médical doit être complété, daté, signé et tamponné par le médecin

La signature des deux parents est nécessaire. Si cela n'est pas possible, l'expliquer dans une partie d'expression libre du dossier



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE





Ne pas remplir pour le dossier enfant, sauf s'il perçoit des revenus



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE



Indiquer ici, ou sur un document joint (si manque de place), tous les coûts et surcoûts liés au handicap : prises en charge thérapeutiques non remboursées par l'assurance maladie, achat d'aides techniques, de matériel spécifique, frais d'hygiène, surcoût de vacances adaptées, de cours sportifs, de régime alimentaire spécifique...

Il est nécessaire de joindre devis/factures

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

☐ Aide technique, matériel ou équipement

☐ Aménagement de logement

☐ Aménagement de véhicule

☐ Aides animales

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

☐ Aides techniques (préciser) :
ex : barre d'appui, déambulateur...

☐ Votre famille

☐ Professionnel de soins à domicile

☐ Un accompagnement médico-social

☐ Autres :

☐ 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 faire les courses

☐ Pour gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives, assurances, impôts...)

☐ Pour préparer les repas

☐ Pour prendre les repas

☐ Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)

☐ Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements

☐ Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...)

☐ Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

☐ Autre besoin, préciser :

6/20 Nom : Prénom :

Indiquer ici une renonciation partielle ou totale à votre emploi et/ou l'emploi d'une tierce personne pour répondre aux besoins de votre enfant en lien avec sa situation de handicap + joindre les justificatifs

Il s'agit des besoins de votre enfant.
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

Cette partie est à remplir pour un enfant/jeune qui est scolarisé ou va l'être prochainement.

- Pour l'aménagement de la scolarité, le GEVASCO (Guide d'évaluation des besoins liés à la scolarité) doit être complété par l'équipe éducative et doit être joint obligatoirement au dossier.
- Pour tout renseignement sur les aménagements possibles de la scolarité, l'ERSEH (Enseignant référent de la scolarité de l'élève handicapé) peut être contacté via le chef de l'établissement scolaire.
- La MDPH n'est pas compétente pour l'aménagement des examens scolaires – se rapprocher de l'établissement scolaire.
- La CDAPH n'est pas compétente pour l'aménagement des études universitaires – se rapprocher du service handicap de l'université.



Emploi du temps sur
les plans scolaire,
médical, médico-
social.
Les activités sportives
et de loisir peuvent
aussi être notées ici



C

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/nuît							

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 | |

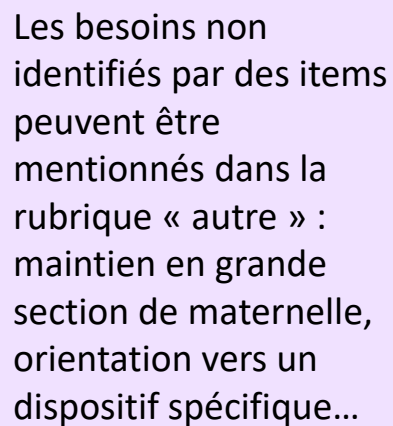
☐ Autre, préciser :

Nom : Prénom : 11/20



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT





A remplir si votre enfant a des besoins d'accompagnement sur le plan professionnel.

Chaque jeune peut bénéficier du soutien de France Travail ou de la Mission Locale

D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel

D1 Votre situation

☐ Vous avez un emploi depuis le : / /

☐ En milieu ordinaire ☐ En entreprise adaptée
☐ En milieu protégé (Établissements et services d'aide par le travail – ESAT)

Votre type d'emploi :
☐ CDI ☐ CDD ☐ Interim ☐ Contrat aidé

Votre employeur :
Nom :
Adresse :

☐ Stagiaire de la formation professionnelle
Rémunéré : ☐ Oui ☐ Non
Préciser le nom de l'organisme :
☐ Travailleur indépendant. Régime :

Votre emploi :
.....
☐ Temps complet
☐ Temps partiel

☐ Si temps partiel, fournir une copie du contrat de travail

Est-il adapté à votre handicap ? ☐ Oui ☐ Non, préciser :

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap ?
.....
.....
.....
.....
.....

Vous bénéficiez ou avez bénéficié d'un accompagnement pour conserver votre emploi :
☐ Par un service de santé au travail ☐ Par le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)

☐ Fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin de santé au travail ou dernière fiche de visite médicale auprès du médecin de santé au travail.
☐ Des aménagements ont été réalisés sur votre poste de travail. Préciser lesquels :

☐ Vous êtes actuellement en arrêt de travail depuis le : / /

☐ Arrêt maladie avec indemnités journalières
☐ Arrêt maladie sans indemnités journalières

☐ Arrêt suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle
☐ Congé maternité / congé d'adoption / autres

Avez-vous rencontré un professionnel du service social de votre caisse de retraite ? ☐ Non ☐ Oui, le / /

Avez-vous rencontré le médecin de santé au travail en visite de pré-reprise ? ☐ Non ☐ Oui, le / /

Nom : Prénom : 13/20

Ces informations permettent l'évaluation des besoins en termes d'orientation professionnelle et d'accompagnement spécifique



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 :

Se rapprocher du référent emploi pour apporter, dans le dossier, des précisions sur les actions menées et les éventuelles aides sollicitées/reçues



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne
votre projet professionnel



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-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT



Expression du projet professionnel et des besoins de votre enfant 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,
 - accueillies 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 à l'enfant, et donc ses besoins.

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 | ☐ Coordination des intervenants professionnels |
| ☐ Aide aux déplacements à l'intérieur du logement | ☐ Gestion administrative et juridique |
| ☐ Aide aux déplacements à l'extérieur | ☐ Gestion financière |
| ☐ Aide pour entretenir le logement et le linge | ☐ Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.) |
| ☐ Aide à l'hygiène corporelle | ☐ Aide à la communication et aux relations sociales |
| ☐ Aide à la préparation des repas | ☐ Aide au suivi médical |
| ☐ Aide à la prise de repas | |

☐ 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 :

Des ressources pour les aidants sont disponibles en ligne:

<https://maboussoleaidants.fr/>
<https://www.centraider.fr/>



MAISON DES PERSONNES HANDICAPÉES
DE SEINE-ET-MARNE

seine
&marne
LE DÉPARTEMENT

➔ Ses documents

OBLIGATOIRES

Formulaire de demandes complété, daté et signé en page 4 par le/les détenteur(s) de l'autorité parentale

Photocopie recto/verso d'un justificatif d'identité du/des détenteur(s) de l'autorité parentale

Photocopie d'un justificatif d'identité de l'enfant ou photocopie du livret de famille intégral

Justificatif de domicile de moins de 12 mois, des deux parents en cas de séparation

Certificat médical de moins de 12 mois

NECESSAIRES

Toute décision officielle relative à l'exercice de l'autorité parentale/modalité de garde

GEVA-SCO pour toute demande liée à la scolarité

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.



↑
Attendre l'accusé réception du dossier pour l'envoi de nouveaux documents



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

Savigny-le-Temple, le 26/04/2023

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

Contact : Pole vie scolaire, [redacted]
☎ : 01.64.19.11.40
🌐 : <http://www.mdp77.fr>

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

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le 17/06/2022 concernant votre enfant.
La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre demande et a rendu sa décision le 25/04/2023.
La CDAPH vous attribue pour votre enfant une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) qui est valable du 01/07/2022 au 30/06/2024.
Le montant de l'AEEH vous sera donné de façon mensuelle.
Le taux d'incapacité de votre enfant est supérieur ou égal à 50% et inférieur à 80%.
- En application du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, un taux d'incapacité de 50% peut être attribué de manière transitoire car vous supportez de lourdes contraintes, du fait des mesures mises en oeuvre pour permettre le bon développement de votre enfant (frais, prises en charge multiples). Cette mesure temporaire a pour but de prévenir l'installation de limitations d'activités qui auraient des conséquences négatives sur l'insertion sociale future de votre enfant. A l'échéance de la présente notification, en fonction de l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, s'il n'y a plus lieu de poursuivre les soins (ergothérapie, psychomotricité...) le taux d'incapacité sera revu à la baisse soit inférieur à 50%. Il n'y aura donc pas de renouvellement d'AEEH ni de complément d'AEEH.
- En application de l'article L.541-2 du code de la sécurité sociale, la mise en place effective d'une prise en charge thérapeutique conditionnera le renouvellement du droit à l'AEEH à son échéance.



8. LA MISE EN OEUVRE DE LA NOTIFICATION

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé



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 :

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-delais-de-traitement>

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

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

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



En **2026**
**La Maison départementale
des personnes handicapées**
**m'accompagne pour constituer
mon premier dossier**



seine 77
&marne
LE DÉPARTEMENT



**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**



mdph77.fr

seine & marne
LE DÉPARTEMENT