Maison Landaise des Personnes Handicapées

Formulaire de demande(s) auprès de la MLPH

Tampon dateur de la MLPH

A – Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Nom d'époux(se) ou nom d'usage:I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Prénom(s): I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Sexe: ○ Masculin ○ Féminin

Date de naissance: I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Nationalité : ○ Française ○ EEE ou Suisse ○ Autre

Lieu de naissance : ______________________________

Si vous avez un numéro de dossier MLPH, merci de le préciser : ________________________________

Si votre dossier est dans une autre Maison Départementale des Personnes Handicapées, vous devez adresser un courrier à celle-ci pour en demander le transfert et nous préciser le département concerné : ____________________________

A2 – Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : _________ Rue : ____

Complément d'adresse : ____

Code postal: __I__I__I__I__I

Commune: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Téléphone: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Portable : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Adresse électronique : ____

- Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale),

Précisez lequel : ____

- **Pour les personnes adultes hébergées ou accueillies en établissement médico-social ou en famille d'accueil**, précisez :

Nom de l'établissement ou de la famille d'accueil : ____

Adresse: ____

Code Postal: I__I__I__I__I__I

Commune: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Pour les personnes en établissement, adresse du dernier domicile privé : _______________________________

____

A3 – Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère ou représentant légal n°1	Père ou représentant légal n°2
Nom	______________________	______________________
Prénom	______________________	______________________
N° et rue :	______________________	______________________
Complément d'adresse :	______________________	______________________

Code postal :	I__I__I__I__I__I	I__I__I__I__I__I
Commune :	______________________	______________________
Téléphone :	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Portable :	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
Adresse électronique :	______________________	______________________

Précisez qui détient l'autorité parentale: O Mère O Père O Les deux O Autre

Si autre, précisez le nom et les coordonnées de la personne ou de l'organisme :

____

N° : _________ Rue : ____

Code postal : __I__I__I__I__I__I Commune : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Téléphone : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

A4 – Représentant légal (pour les adultes) joindre le jugement de protection juridique

O Tutelle O Curatelle simple O Curatelle renforcée O Demande en cours O Autre

Nom de la personne ou de l'organisme : ____

N°: _________ Rue: ____

Code postal: I__I__I__I__I__I Commune: ____

Téléphone: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I Fax: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

A5 – Identification des organismes de couverture sociale

Nom de l'organisme de prestations familiales : O CAF 40 O CAF 64 O MSA O Autre_________________________

Précisez le numéro d'allocataire : _________________________

Nom et prénom de l'allocataire : ____

Nom de l'organisme de Sécurité Sociale : O CPAM O MSA O Autre_________________________

Nom de l'ayant droit: _________________________

N° de Sécurité Sociale: I__I I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I__I I__I__I__I clé I__I__I

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

Vous êtes : O Célibataire O Marié (e) ou pacsé(e) O En couple sans être marié(e) O Séparé(e) O Divorcé(e) O Veuf(ve)

Depuis le I__I__I I__I__I I__I__I__I__I Nombre d'enfants à charge: I__I__I

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

Nom de naissance du conjoint: ____

Date de naissance du conjoint: ____

A7 – Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
○ **Salarié (e) y compris apprentissage**	_____	_____
Métier ou Poste occupé	_____	_____
Type de contrat (CDI, CDD, intérim, autres…)	_____	_____
Employeur (nom et commune) :	_____	_____
	_____	_____
Date de début du contrat	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Date de fin du contrat	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Motif de la fin du contrat (licenciement économique, inaptitude au poste de travail, démission)	_____	_____
Temps de travail (100% ou temps partiel en %) :	_____	_____
○ **Non salarié (e)** (exploitant agricole, artisan, profession libérale, profession indépendante…) depuis le	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
activité exercée	_____	_____
○ **Travail en milieu protégé ESAT (ex CAT),** depuis le	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
○ **Stagiaire de la formation professionnelle,** depuis le	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Nom de l'organisme	_____	_____
○ **Inscrit(e) à Pôle Emploi**, depuis le	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Indemnisé(e) depuis le	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
○ **Retraité(e),** depuis le	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
○ **Bénéficiaire d'une pension**, depuis le	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Catégorie de la pension d'invalidité (joindre la photocopie)	○ 1 ○ 2 ○ 3 (MTP)	○ 1 ○ 2 ○ 3 (MTP)
Rente accident du travail ? (joindre la photocopie)	○ Oui ○ Non	○ Oui ○ Non
Taux d'IPP :	_____%	_____%
Percevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	○ Oui ○ Non	○ Oui ○ Non
○**Arrêt de travail** (maladie, AT, maternité) depuis le	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
○ **RSA**, depuis le	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
○**AAH**, depuis le	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

A8 – Situation scolaire de l'enfant concerné par la demande

Nom de l'établissement concerné : _____

Adresse complète : _____

Ecole et Classe fréquentée : _____

Temps de scolarisation : ○ Temps complet ○ Temps partiel ○ Autre : _____

Nom de l'enseignant référent : _____

A9 – Autre situation de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

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

- ❑ Pour un enfant : ○ Internat ○ Semi-Internat
- ❑ Pour un adulte : ○ Accueil de jour ○ Accueil à temps complet

○ Vous êtes hospitalisé(e)

○ Vous êtes suivi(e) par un service médico-social (SAVS, SESSAD, Autre…)

- ❑ Pour un enfant : ○ SESSAD ○ CMPP ○ CAMSP ○ Libéral: _____
  ○ CMP ○ Hôpital de jour
- ❑ Pour un adulte : ○ SAVS ○ SAMSAH ○ Autres

○ Autre cas, précisez : _____

Précisez dans tous les cas la date de début de prise en charge : I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Nom de la personne ou de l'organisme : _____

Adresse: _____

N°: _____ Rue: _____

Code postal: I__I__I__I__I__I Commune: _____

A10 – Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

○ Locataire, sous locataire ou colocataire
- ❑ HLM : ○ Oui ○ Non

○ Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami…)

○ Propriétaire ou accédant à la propriété

○ Autre, précisez : _____

B – Expression des attentes et des besoins de la personne concernée (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.

Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation.

Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs…

Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :

Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française).

Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre.

○ Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MLPH pour exprimer mes attentes et mes besoins

○ Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez précisez le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation :

C – Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et Complément AEEH

○ Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) : ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

○ Complément AEEH : ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

Type d'accueil (Crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie…)

_____

Durée : _____Heures par semaine Nombre de jours par semaine : _____

Votre enfant est scolarisé : ○ A temps complet ○ A temps partiel

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

Précisez le **temps de travail :** Mère : _____% Père : _____%

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

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

Frais supplémentaires liés au handicap

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

NATURE DES FRAIS	COUTS			PERIODICITE
	Financeurs sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	Semaine, mois, année, occasionnelle
	TOTAL			

Pièces à joindre :

○ Contrat de travail de la tierce personne ou déclaration URSSAF
○ Justificatifs pour tous les frais supplémentaires (prescriptions médicales, devis ou factures)

D – Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation pour enfant – Demande relative à une orientation en service ou en établissement médico-social

Demande de scolarisation : ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

○ CLIS (Classe pour l'Inclusion Scolaire) ○ ULIS (Unité Localisée d'Inclusion Scolaire) ○ Matériel pédagogique adapté

○ AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) :
○ Temps Scolaire ○ Temps périscolaire

Demande d'orientation médico-sociale : ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

○ Service Médico-Social (SESSAD, SAAAS, SSEFS…)

○ Etablissement Médico-Social (IME, IEM, ITEP…):
○ Internat ○ Semi-internat

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

Nom: _____

Adresse complète : _____

E – Demande de Cartes Mobilité Inclusion (CMI)

Bénéficiez- vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : ○ Oui ○ Non

○ CMI - mention Priorité : ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

○ CMI – mention Invalidité : ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

○ CMI – mention Invalidité avec besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité:
○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

○ CMI – mention Stationnement: ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

F– Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse (concerne uniquement les adultes)

Nom de l'aidant familial : _____

Adresse N° : _____ Rue : _____

Code postal: I__I__I__I__I__I Commune: _____

Date de naissance: I__I__I I__I__I I__I__I__I__I Lien de parenté: _____

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

G– Demande de Prestation de Compensation du Handicap

○ Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision
Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C- demande d'AEEH

○ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)

○ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels (ACFP)

Bénéficiez- vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : ○ Oui ○ Non ○ Demande en cours

Bénéficiez- vous de la Majoration Tierce Personne (MTP) : ○ Oui ○ Non ○ Demande en cours

Pour votre demande de PCH, pouvez vous précisez vos besoins, s'il s'agit de :

○ Aide humaine : aide à la personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, transferts…)
Les besoins pour le ménage et le jardinage ne relèvent pas de la PCH.
Précisez : _____

_____

○ Aide technique, matériel ou équipement
Précisez : _____

_____

○ Aménagement du logement
Précisez : _____

_____

○ Déménagement lié au handicap (ex : quitter un logement inaccessible pour un logement adapté)
Précisez : _____

_____

○ Aménagement du véhicule
Précisez : _____

_____

Votre permis de conduire a-t-il été adapté (préfecture) ? ○ Oui ○ Non ○ Demande en cours
Si oui, joindre la photocopie recto/verso du permis précisant les aménagements nécessaires

○ Surcoût de transport
Précisez : _____

_____

○ Charges spécifiques / exceptionnelles (ex : surcoûts de vacances, frais d'hygiène)
Précisez : _____

_____

○ Aide animalière (frais d'entretien pour un chien d'assistance éduqué)
Précisez : _____

_____

H – Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

Depuis le 1er janvier 2009, pour toute demande d'AAH, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) examine la possibilité de vous reconnaître la qualité de travailleur handicapé.

○ Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

○ Complément de ressources ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

Dans les 12 mois précédent votre demande, vous avez reçu :

○ Un revenu d'activité du : I__I__I I__I__I I__I__I__I__I au I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

○ Un revenu issu d'une activité en ESAT (ex CAT) du : I__I__I I__I__I I__I__I__I__I au I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

○ Des indemnités journalières de la sécurité sociale du : I__I__I I__I__I I__I__I__I__I au I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

En cas de doute, précisez la nature du revenu: _____

I – Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

○ Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé : ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

○ Orientation professionnelle : ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

Précisez :

○ Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)

○ Milieu protégé (ESAT, ex-CAT)

○ Formation

Joindre les pièces suivantes : CV, dernière fiche d'aptitude du médecin du travail, bilan de compétences, bilan de stage…

J – Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Orientation en établissement médico-social : ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

○ Foyer d'hébergement pour les personnes orientées en ESAT

○ Foyer de vie

○ Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

○ Maison d'Accueil Spécialisé (MAS)

○ Amendement CRETON

Orientation en service médico-social : ○ 1ère demande ○ Renouvellement ○ Révision

○ Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)

○ Service d'Accompagnement Médico-Social pour les Adultes Handicapés (SAMSAH)

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

Nom: _____

Adresse complète : _____

K – Pièces obligatoires à joindre à votre demande

Pour toute demande, merci de bien vouloir joindre :

○ un certificat médical daté de moins de 3 mois

○ une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal ou des détenteurs de l'autorité parentale.
(Pièce d'identité en vigueur, titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)

○ une photocopie d'un justificatif de domicile

○ une attestation de jugement de protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Déclaration sur l'honneur :

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

Sauf opposition écrite de votre part, les membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pourront être amenés à prendre contact avec les professionnels qui vous accompagnent.

Fait à: _____ Le: I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Signature: ○ De la personne concernée ○ De son représentant légal

Formulaire à retourner :

Maison Landaise des Personnes Handicapées
836, avenue Eloi Ducom
40 025 MONT DE MARSAN CEDEX

Pour nous contacter :
Tel : 05-58-51-53-73
Fax : 05-58-46-12-54
Mail : mlph@landes.fr
www.handicaplandes.fr

Accueil du public :
Du lundi au jeudi de 8h30 à 17h30
Le vendredi de 8h30 à 16h30

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, 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 seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.