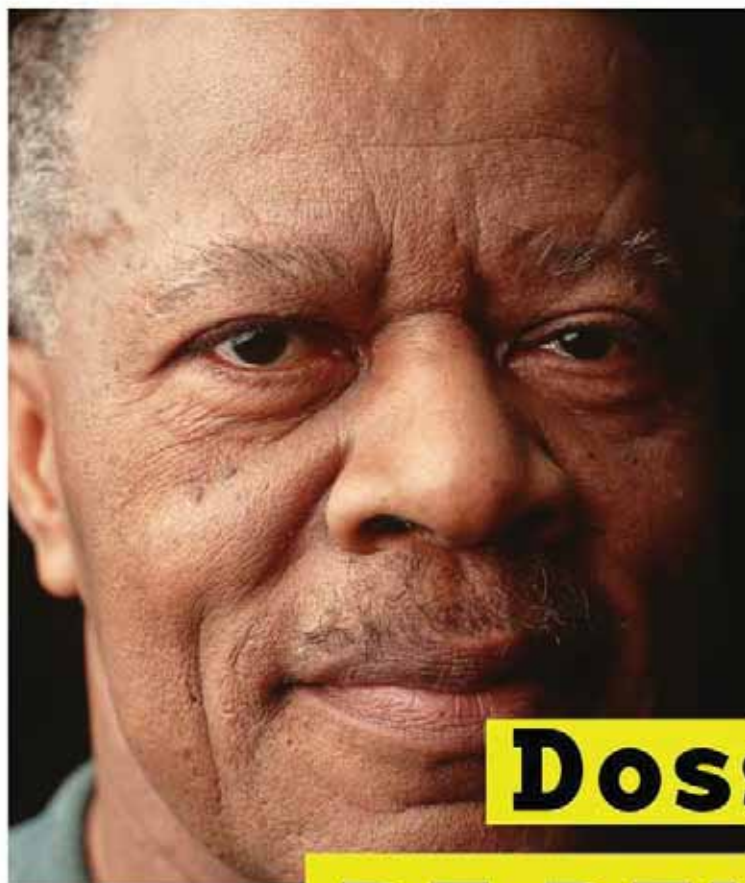
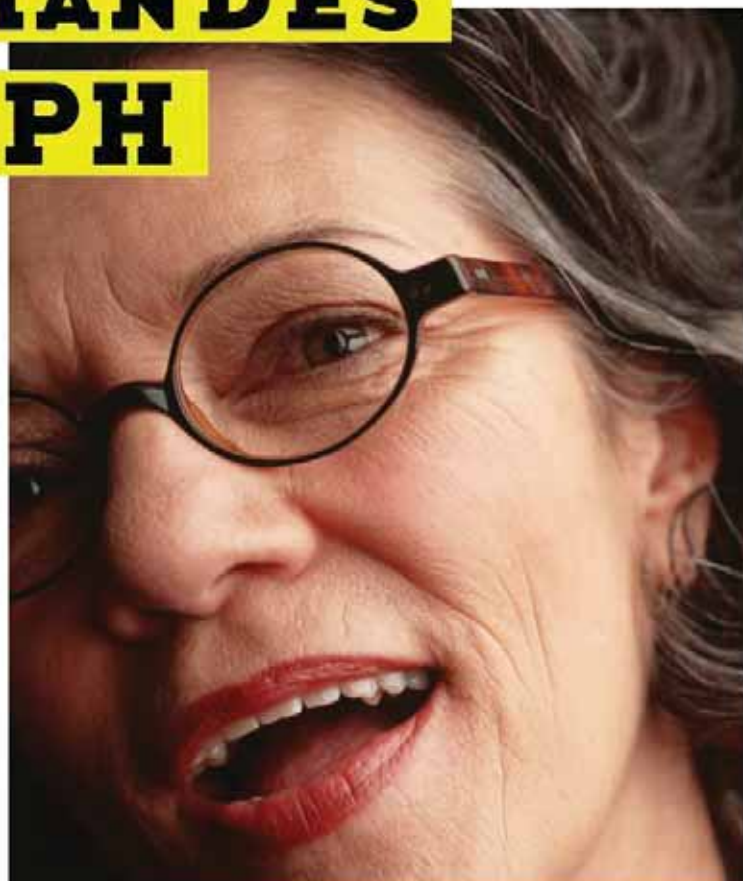


le GARD
développe les solidarités
www.gard.fr



**DOSSIER
DE DEMANDES
MDPH**





Les modalités d'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ont changé

Cf Décret n°2011-974 du 16 août 2011 avec entrée en vigueur le 1/9/2011
Circulaire n° DGCS/SD1/2011/413 du 27/10/2011

Nous vous recommandons de lire attentivement cette notice et de bien compléter votre dossier de demande (page 2 et 3 du paragraphe A7). Pour toute demande d'AAH, il vous est demandé également de compléter soigneusement la « fiche parcours professionnel » jointe au dossier de demande.

Vous êtes concerné si, lors de votre demande d'AAH, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) vous reconnaît un **taux d'incapacité compris entre 50% et 79%**.

L'AAH accordée avec un taux d'incapacité entre 50 et 79% doit permettre à la personne qui en bénéficie, pendant la durée d'attribution, de poursuivre sa mobilisation vers tous les dispositifs d'accès à l'emploi.

Le décret n°2011-974 du 16 août 2011 apporte les deux modifications suivantes, entrées en vigueur depuis le 1er septembre 2011 :

1. Au niveau des précisions sur les critères d'attribution de l'AAH :

Lorsque le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79%, la décision d'attribution d'une AAH nécessite d'étudier la **restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi**, liée au Handicap.

Pour statuer sur votre demande d'AAH, de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé et d'Orientation Professionnelle, la CDAPH doit connaître **l'importance de vos difficultés d'accès à l'emploi**.

A l'aide des renseignements que vous nous donnerez en complétant le dossier de demande, la CDAPH doit déterminer si **ces difficultés sont liées, exclusivement ou pas, aux effets de votre handicap et si ces difficultés peuvent ou non être compensées**.

C'est donc bien la connaissance, par la CDAPH, de votre capacité à accéder à l'emploi ou à une formation professionnelle, qui va permettre de déterminer si votre situation est compatible ou non avec la reconnaissance d'une telle restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, et donc de se prononcer sur l'attribution d'une AAH.

2. Au niveau de la réduction de la durée d'attribution de l'AAH :

Les effets prévisibles du handicap sur votre capacité d'accès à l'emploi doivent désormais être d'une durée au moins égale à un an.

La durée de validité de la reconnaissance d'une telle restriction ne **doit pas excéder 2 ans**. Une **demande de renouvellement** devra être faite à l'issue de cette période.

Pour nous faire parvenir le dossier de demande MDPH (formulaire, certificats médicaux,...) et les pièces justificatives, vous trouverez, ci-joint, une grande enveloppe libellée au nom de la MDPH.

Liste des pièces à joindre au formulaire lors du dépôt du dossier de demande

1° Pièces obligatoires pour toutes les demandes :

- ✓ Photocopie de la carte d'identité (recto et verso) ou du passeport en cours de validité
Pour un enfant : carte d'identité de l'enfant ou extrait d'acte de naissance ou livret de famille et carte d'identité des responsables légaux et de l'enfant.
- ✓ Photocopie du titre de séjour en cours de validité pour les étrangers non-ressortissants de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen.
- ✓ Photocopie de la carte d'identité en cours de validité pour les étrangers ressortissants de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen.
- ✓ Justificatif de domicile (facture téléphone/EDF/quittance de loyer) datant de moins de 3 mois, et le cas échéant attestation sur l'honneur d'hébergement signée par le tiers hébergeant.
- ✓ Pour les personnes sans domicile stable : attestation d'élection de domicile établie et signée soit par un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit par un organisme agréé à cet effet, conformément aux dispositions prévues par la loi DALO du 5 mars 2007.
- ✓ Certificats médicaux (dont le modèle CERFA obligatoire) datant de moins de 3 mois (avec signature et cachet) sous pli portant la mention « Secret Médical ».

2° Pièces complémentaires et recommandées pour les demandes de Prestation de Compensation du Handicap (PCH) :

- ✓ Avis d'imposition complet de l'année civile précédant celle de dépôt de la demande, établi au nom du demandeur ou de son représentant légal, et le cas échéant celui du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS.
- ✓ Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP) au nom du demandeur (pour les mineurs, fournir le RIB ou le RIP du représentant légal).

3° Pièce supplémentaire pour les demandes d'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et de Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé :

- ✓ Fiche de parcours professionnel dûment complétée, jointe au présent dossier de demande.

4° Pièces supplémentaires et obligatoires pour les demandes de carte (s) :

- ✓ Une photographie d'identité pour chacune des cartes demandées : soit une pour la carte d'invalidité ou la carte priorité et une pour la carte de stationnement, le cas échéant.

5° Informations et pièces à joindre suivant situations particulières :

- ✓ Pour une demande concernant un enfant : indiquer le nom de l'établissement scolaire actuellement fréquenté par l'enfant et le nom de l'enseignant référent.
- ✓ Pour les personnes hébergées en établissement médico-social ou famille d'accueil : attestation de présence de moins de 3 mois établie et signée par la structure.
- ✓ Copie du dernier jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice.
- ✓ Attestation de l'attribution d'une pension d'invalidité 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.
- ✓ Justificatif de fonction élective.

DOSSIER DE DEMANDES MDPH

Comment nous contacter ?

Maison Départementale des Personnes Handicapées
Parc Georges Besse
115 - 116 Allée Norbert Wiener
30000 Nîmes

N° Vert : **0 800 20 55 88** (gratuit depuis un fixe)

Tél. : **04 66 02 78 00** / Fax : **04 66 02 78 20**

Courriel : **mdph@gard.fr**

Horaires d'ouverture

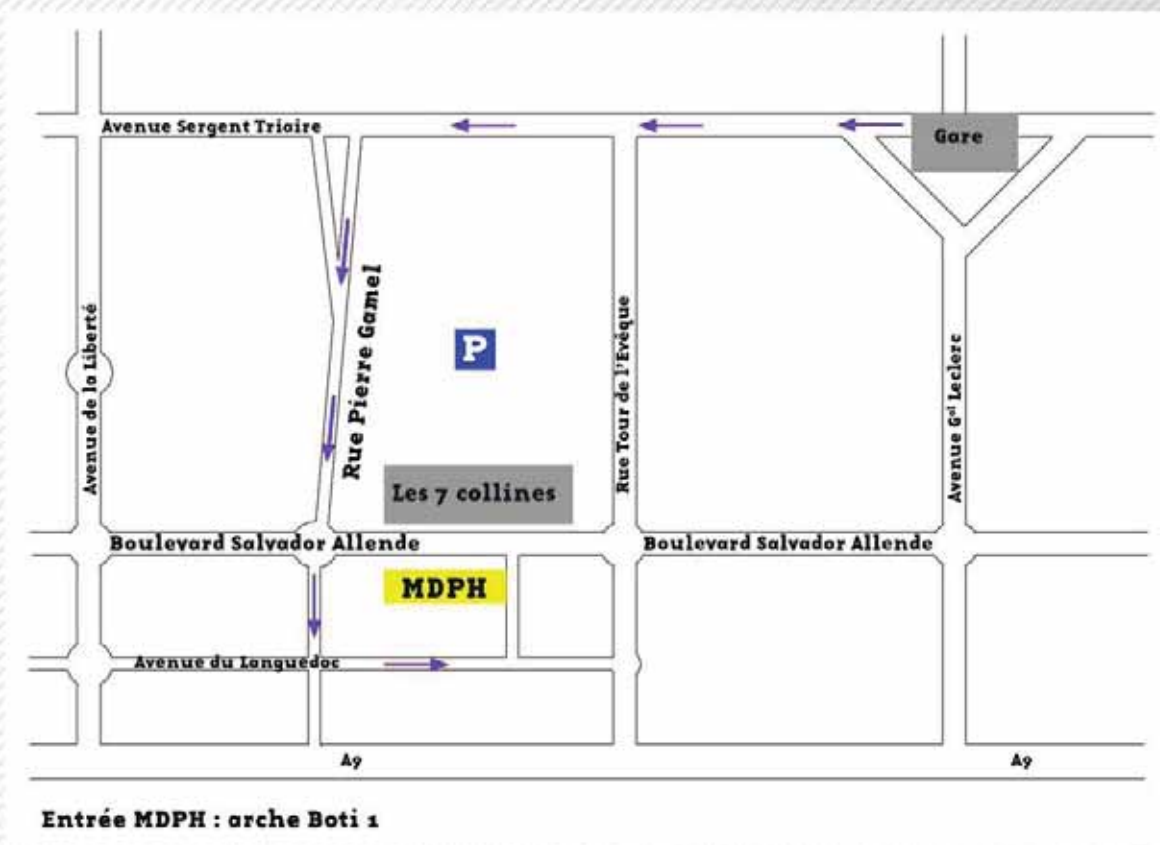
Lundi : 13h30 à 17h00

Mardi, mercredi, jeudi : 8h30 à 12h00 / 13h30 à 17h00

Vendredi : 8h30 à 12h

Comment venir ?

En bus : lignes E et I



« Nous sommes là pour vous aider ! »

NOTICE EXPLICATIVE

DU FORMULAIRE DE DEMANDE(S)

auprès de

LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

Présentation du formulaire de demande(s)

Ce document, utilisable pour exprimer un grand nombre de demandes précises, vous permet de formuler vos attentes et vos besoins en lien avec votre situation de handicap ou celle de votre enfant :

- pour une première demande
- pour un réexamen si la situation a évolué
- pour un renouvellement, de préférence 6 mois avant la date d'échéance afin d'éviter une rupture de droit.

Les sigles utilisés dans ce formulaire sont développés dans le glossaire figurant au dos de cette notice. Par ailleurs, n'hésitez pas, pour compléter ce formulaire, à faire appel aux services de votre MDPH qui seront en mesure de vous informer sur les différentes prestations.

Pour remplir ce formulaire, merci d'écrire en LETTRES MAJUSCULES et de cocher les cases nécessaires. Veuillez à bien indiquer en haut de chaque page les nom et prénom de la personne concernée.

Un dossier bien rempli et complet facilitera le traitement de votre demande.

Ce formulaire, accompagné des pièces justificatives, est à retourner rempli à l'adresse suivante :

M.D.P.H.

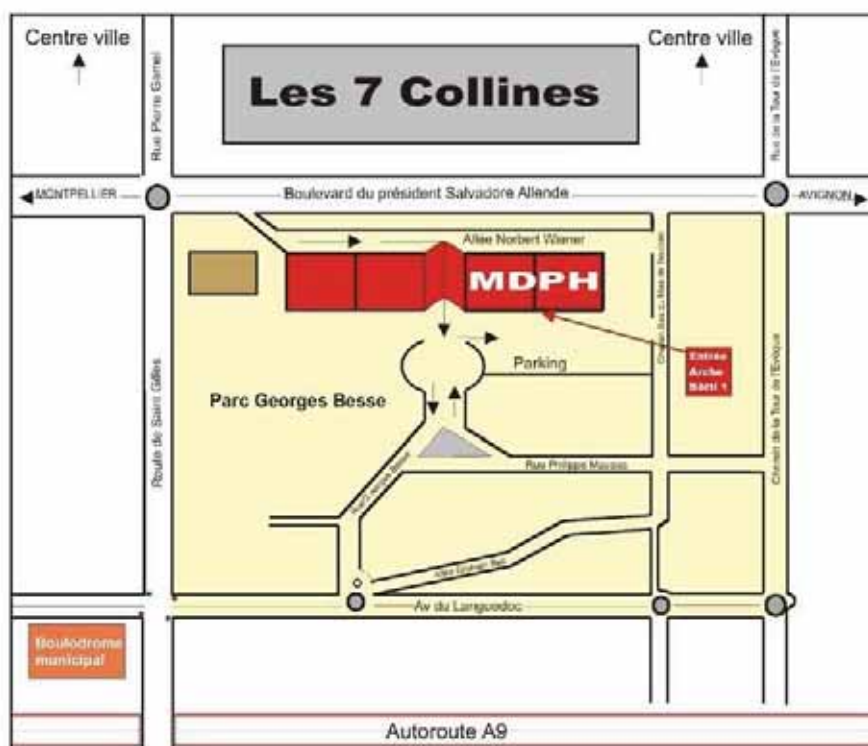
Parc Georges Besse
115/116 Allée Norbert Wiener
30000 Nîmes

Tél. 04 66 02 78 00
N° vert : 0800 20 55 88
Envoyer un mail à la MDPH
mdph@gard.fr

Horaires d'ouverture

Lundi 13h30 - 17h
Mardi, Mercredi, Jeudi
8h30 - 12h / 13h30 - 17h
Vendredi 8h30 - 12h

Fermeture Lundi matin et Vendredi après-midi



Explications utiles pour remplir les rubriques A à A9

Les rubriques A à A4 sont obligatoires.

Si vous faites uniquement une demande de cartes, vous n'avez pas besoin de remplir les rubriques de A5 à A9.

Rubrique A2 : « Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande »

Correspond au lieu de vie habituel de la personne (domicile ou établissement).

Rubrique A4 : « Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant) »

Le représentant légal (tuteur et curateur) pour les adultes sous protection juridique est désigné par le juge des tutelles.

Rubrique A5 : « Identification de l'organisme payeur de prestations familiales »

Cette information permet d'identifier l'organisme qui versera l'AAH ou l'AEEH.

Rubrique A6 : « Situation familiale de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande »

« Conjoint » dans la formule « Si vous êtes en couple, précisez l'identité du conjoint », désigne la personne avec qui vous êtes marié ou non marié (pacs, concubinage, vie maritale).

Rubrique A7 : « Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant »

Si vous êtes salarié (y compris en apprentissage) ou stagiaire, n'oubliez pas d'indiquer le nom et adresse de l'employeur ou de l'organisme de formation.

Rubrique B : « Expression des attentes et besoins de la personne concernée – (projet de vie) »

Rappel : n'hésitez pas, pour rédiger cette rubrique, à faire appel aux services de votre MDPH.

Rubrique C : « Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et son complément »

L'AEEH et le cas échéant son complément peuvent être versés au parent ou à la personne qui s'occupe d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap.

L'allocation de base peut être augmentée d'un complément en fonction des besoins évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

À noter : Vous pouvez également demander pour votre enfant la PCH (rubrique F). Après évaluation de la situation et des besoins de votre enfant, la MDPH vous communiquera un plan personnalisé de compensation qui précisera, si vous avez demandé la PCH et que vous y avez droit, les montants respectifs de chacune des deux prestations. Vous pourrez alors choisir sur cette base, celle qui vous convient le mieux.

Rubrique D : « Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social »

Le parcours de scolarisation et/ou de formation de l'enfant ou du jeune adulte en situation de handicap peut être mis en œuvre dans un établissement scolaire, dans un établissement ou service médico-social, dans un établissement sanitaire (cf. liste en page 4).

Le parcours s'organise alors totalement, partiellement ou en alternance sur ces types d'établissements.

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

Rubrique E : « Demande de cartes »

La mention « besoin d'accompagnement » peut être portée sur la carte d'invalidité pour :

- un enfant ayant droit au complément d'AEEH
- un adulte bénéficiaire d'une PCH « Aide Humaine » ou d'une ACTP ou d'une MTP ou d'une APA

Rubrique F : « Demande de prestation de compensation »

Cette demande permet l'examen des besoins de compensation des conséquences du handicap :

- Aides humaines - exemples : prise des repas, aide à la toilette...
- Aides techniques - exemples : fauteuil roulant, télé agrandisseur, prothèses auditives...
- Aménagement du logement - exemples : transformation d'une baignoire en douche, plate-forme élévatrice, élargissement de porte, flash lumineux
Pour le déménagement - exemple : participation aux frais de déménagement pour un logement mieux adapté si les travaux dans le logement actuel sont trop coûteux ou impossibles...
- Aménagement du véhicule - exemple : adaptation du poste de conduite
- Surcoûts liés aux transports
- Charges spécifiques ou exceptionnelles - exemples : protections pour incontinence, réparation matériel...
- Aide animalière - exemple : frais d'entretien pour un chien d'assistance éduqué...

Droit d'option

Si vous êtes bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice (ACTP ou ACFP), vous pouvez demander la PCH. Un comparatif de vos droits sera établi par la Maison départementale et vous pourrez choisir, sur cette base :

- soit de conserver votre allocation compensatrice
- soit d'opter pour la PCH, si votre situation vous permet d'en bénéficier

Si vous n'exprimez aucun choix, vous serez présumé vouloir bénéficier de la PCH.

Attention : le choix pour la PCH est définitif

Rubrique G : « Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse »

L'aidant familial qui peut être affilié est une personne qui s'occupe de façon permanente de la personne adulte handicapée vivant à domicile. Il doit avoir un lien de parenté avec la personne handicapée ou avec le conjoint de celle-ci (qu'ils soient mariés ou non).

Rubrique H : « Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et son complément de ressources »

Vous pouvez demander à la fois l'AAH et le complément de ressources.

Les indications concernant les revenus permettent à l'organisme de prestations familiales d'étudier vos droits.

Rubrique I : « Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle »

Cette rubrique permet la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé et l'orientation professionnelle vers :

- le marché du travail (accompagnement par le Service Public de l'Emploi et Cap Emploi)
- le milieu protégé – ESAT
- une formation en CRP qui peut, éventuellement, ouvrir droit à une prime de reclassement

Rubrique K : « Procédure simplifiée »

Si vous souhaitez être reçu par la CDAPH, cochez « NON » à la rubrique « souhaitez vous bénéficier d'une procédure simplifiée ».

Rubrique L : « Pièces à joindre à votre demande »

Joignez à ce formulaire l'ensemble des pièces demandées pour faciliter le traitement de votre dossier, notamment le certificat médical sous pli cacheté.

Merci de dater et signer votre demande en page 8 du formulaire

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES DANS LE FORMULAIRE

SIGLES	SIGNIFICATION
AAH	Allocation Adultes Handicapés
AC	Allocation Compensatrice
ACFP	Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AEEH	Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ASS	Allocation de Solidarité Spécifique
CAF	Caisse d'Allocations Familiales.
CDA ou CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CRP	Centre de Reclassement Professionnel
EEE	Espace Économique Européen
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MTP	Majoration Tierce Personne
PACS	Pacte Civil de Solidarité
PC ou PCH	Prestation de Compensation du Handicap
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RQTH	Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé.

Établissements et Services médico-sociaux, Établissements sanitaires et Établissements scolaires

CAJ	Centre d'Accueil de Jour
CAMPS	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CLIS	CLasse d'Intégration Scolaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CPO	Centre de PréOrientation
CRP	Centre de Rééducation Professionnelle
EMP	Externat Médico-Pédagogique
ESAT	Établissements et Services d'Aide par le Travail
ESAT SA	Établissements et Services d'Aide par le Travail - Sections annexes
FAM	Foyer d'accueil médicalisé Foyer de vie Foyer occupationnel Foyer d'hébergement
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle Hôpital de jour
IEM	Institut d'Education Motrice
IES	Institut d'Education Sensorielle
IME	Institut Médico Educatif
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée Pouponnière spécialisée
SAAAIS	Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire
SAFEP	Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico Social pour personnes Adultes Handicapées
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SSAD	Service de Soins et d'Aide à Domicile
SSEFIS	Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire
UPI	Unité pédagogique d'intégration

Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

cerfa
N° 13788*01

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

Nom de naissance : _____

Nom d'épouse ou nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____

N° de sécurité sociale : _____

Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° : _____ Dans quel département ? _____

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

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

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

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

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____

E - Demande de cartes

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

F - Demande de prestation de compensation

- Prestation de Compensation - PCH
 Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AAEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)
 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 - l'APA ? Oui Non

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

- Aide humaine
 Précisez : _____

- Aide technique, matériel ou équipement
 Précisez : _____

- Aménagement du logement / Déménagement
 Précisez : _____

- Aménagement du véhicule / surcoût du transport
 Précisez : _____

- Charges spécifiques / exceptionnelles
 Précisez : _____

- Aide animalière
 Précisez : _____

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Commune : _____

Date de naissance : [][][][][][][][][][] Lien de parenté : _____

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

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention « priorité pour personne handicapée » ;
- la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ;
- les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ? Oui Non

L - Pièces 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
(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 adultes)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Fait à : _____

Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature : de la personne concernée

de son représentant légal

« 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, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées .

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Fiche de parcours professionnel

Pour permettre le traitement de votre demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et d'orientation professionnelle et/ou d'allocation aux adultes handicapés, veuillez compléter ce questionnaire et le joindre à votre dossier, que vous aurez au préalable renseigné avec le plus grand soin afin que la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) prenne la décision la plus adaptée à votre situation.

IDENTIFICATION			
Madame	Mademoiselle	Monsieur	N° dossier MDPH :
Nom			
Prénom		Date de Naissance :	/ /
Téléphone			
SCOLARITE			
Aucune scolarisation Scolarisation en établissement spécialisé (Institut Médico-Educatif IME ; Institut Médico Professionnel IMPro ; Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique ITEP)			
Niveau de formation	Primaire	Secondaire	Supérieur
Dernière classe fréquentée :			
Diplômes obtenus :			Année : / /
			Année : / /
			Année : / /
FORMATION			
Formations suivies			Année : / /
			Année : / /
			Année : / /
SITUATION PROFESSIONNELLE			
Avez-vous déjà travaillé ? Oui Non			

PROJET PROFESSIONNEL :

Veillez préciser votre projet professionnel et joindre, éventuellement un CV :

.....

Vous travaillez actuellement

- Quel est votre employeur ?.....

- Quelle est son adresse ?

- Type de contrat : CDD CDI Apprentissage
Autre type de contrat (stage – contrat aidé) :
- Depuis quand occupez-vous cet emploi ? / /
- Avez-vous rencontré le médecin du travail ? Oui Non
- Si oui, date du dernier avis du médecin du travail : / / / (joindre copie de la fiche)
- | | | |
|----------|------------------------|--------|
| Aptitude | Restriction d'aptitude | Inapte |
|----------|------------------------|--------|
- Intervention de la cellule maintien dans l'emploi (SAMETH) : Oui Non
- Etes-vous en arrêt maladie ? Oui Non
Si oui, depuis quand ? / / /
- Avez-vous rencontré une assistante sociale de la CARSAT (ancienne CRAM) ? Oui Non
du Conseil Général ? Oui Non
d'un autre organisme ? Oui Non

Vous êtes sans activité professionnelle

- Vous ne travaillez plus depuis le / / /
- Dernier emploi occupé :
- Durée de ce dernier emploi :
- Motif de l'arrêt : Maladie Maternité Autre
- Précisez :
- Avez-vous exercé d'autres emplois ? Oui Non
Si oui lesquels ?
.....
.....
- Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ? Oui Non
Si oui depuis quand ? / /
N° identifiant :
- Etes-vous accompagné par CAP EMPLOI ? Oui Non
Si oui depuis quand ? / /
- Avez-vous le permis de conduire ? Oui Non
Si oui possédez-vous un véhicule ? Oui Non
- Etes-vous bénéficiaire du RSA ? Oui Non
Coordonnées de votre référent :

Guide pour l'utilisation du Certificat médical

à destination de la
Maison départementale des personnes handicapées

Les coordonnées des MDPH sont disponibles sur www.cnsa.fr

Votre patient vous a demandé de remplir un certificat médical à l'appui de la demande qu'il souhaite formuler auprès de la MDPH.

Vous trouverez ci-dessous des indications pour renseigner au mieux ce document obligatoire destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Il est essentiel pour permettre à celle-ci d'engager une évaluation adaptée des besoins de compensation de la personne handicapée. C'est cette évaluation de l'ensemble de sa situation qui permettra à l'équipe pluridisciplinaire de faire des propositions de réponses appropriées. La Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sera alors en mesure d'attribuer des prestations (allocation adulte handicapé : AAH, allocation d'éducation pour enfant handicapé : AEEH, carte d'invalidité ou de priorité, prestation de compensation du handicap : PCH ...) ou de prendre des décisions d'orientation (vers le milieu du travail adapté, un accompagnement ou un hébergement médico-social...). **VOUS AVEZ LA POSSIBILITE DE JOINDRE DES DOCUMENTS, COMPTES RENDUS**, qui vous éviteront de recopier des informations déjà disponibles par ailleurs : n'hésitez pas !

VOTRE PATIENT DEVRA ADRESSER L'ENSEMBLE DE CES DOCUMENTS SOUS PLI CONFIDENTIEL AU MEDECIN DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE LA MDPH

LA NOUVELLE DEFINITION LEGALE DU HANDICAP

La loi du 11 février 2005 a introduit dans le Code de l'action sociale et des familles cette définition, reproduite en première page du certificat médical, qui tient compte des dernières avancées de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de description du handicap.

Le handicap doit donc désormais être appréhendé comme les conséquences des déficiences (altérations de fonctions du corps ou de fonctions supérieures) dans la vie quotidienne et sociale de la personne, et non seulement ces altérations elles-mêmes. C'est pour cette raison que, si les éléments strictement médicaux de la situation de la personne sont essentiels pour comprendre ses difficultés, leur évolutivité, leur gravité, bien d'autres éléments, notamment environnementaux, sont à prendre en considération pour apprécier sa situation globale de handicap de façon pertinente.

Il vous est donc demandé, en tant que médecin, d'apporter non seulement des éléments concernant le diagnostic de la ou des affections dont est atteint votre patient, mais également un éclairage sur les éléments dont vous avez connaissance et qui représentent des obstacles ou des facilitateurs dans sa vie quotidienne, familiale, sociale et le cas échéant scolaire ou professionnelle.

Rubrique « identification »

Les N° d'immatriculation sécurité sociale et N° de dossier auprès de la MDPH sont à renseigner s'ils vous sont connus car ils constituent des éléments susceptibles de faciliter le parcours du dossier.

Rubrique « certificat médical simplifié » :

Vous ne pouvez utiliser cette rubrique **que si vous avez déjà rempli un certificat médical pour personne handicapée pour votre patient** et que, depuis ce dernier, les atteintes de son état de santé **et leurs retentissements fonctionnels déjà décrits n'ont pas évolué**. Tout éclairage nouveau de sa situation est le bienvenu, ne pas le signaler serait susceptible d'empêcher l'accès à un nouveau droit pour votre patient.

Rubriques concernant la pathologie, son évolution et sa description clinique

Ces rubriques doivent vous permettre de décrire les éléments de la pathologie de votre patient qui retentissent de façon notable sur sa situation de handicap. Pour les jeunes enfants, tous les éléments éventuellement en rapport avec **la grosseur, l'accouchement, le poids de naissance, la prématurité...** sont à mentionner ici. Les antécédents sont à préciser s'ils sont en rapport avec le handicap ou de nature à influencer sur l'ensemble de la situation de la personne. Il est très important de préciser les symptômes associés comme la douleur, l'asthénie, les retentissements psychiques, qui pourront être pris en compte dans l'évaluation de la situation de handicap et des besoins de la personne. Pour les pathologies psychiatriques en particulier, il est important également, au delà du diagnostic, de décrire la symptomatologie qui peut en elle-même avoir un retentissement sur la situation globale de la personne.

Si vous connaissez le code de la pathologie dans la Classification Internationale des Maladies (CIM), vous pouvez l'indiquer mais ce n'est pas une obligation.

Rubriques concernant les atteintes auditives et visuelles

Une description par un spécialiste est obligatoire pour ces deux champs, lorsqu'ils sont atteints :

En cas d'atteinte auditive, les audiogrammes - non seulement l'audiogramme tonal mais également l'audiogramme vocal - seront essentiels pour préciser les retentissements des atteintes pour la personne.

En cas d'atteinte visuelle, le **modèle annexe de certificat** sera à remplir par un ophtalmologiste et joint au certificat principal.

Rubrique concernant les traitements

Cette rubrique vise à décrire principalement les conséquences des traitements sur la vie de la personne. Pour les maladies viscérales notamment, c'est parfois le retentissement du traitement lui-même qui constitue le principal obstacle à une vie « normale » pour la personne et est ainsi constitutif des restrictions d'activités qu'elle vit au quotidien. Les différents items de cette rubrique visent à vous aider à décrire tous ces aspects des traitements, n'hésitez pas à les commenter

Rubriques concernant les retentissements fonctionnels et/ou relationnels

Ces différentes rubriques cherchent à décrire uniquement les **conséquences** de l'état de santé d'une personne sur ses activités habituelles et sa participation à la vie sociale. En tant que médecin, vous n'avez pas obligatoirement l'intégralité des informations pertinentes sur ces domaines. Toutefois, les informations dont vous disposez éventuellement sont essentielles à une prise en compte globale des besoins de la personne et des domaines dans lesquels il sera pertinent que l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH propose des éléments de compensation.

Plusieurs domaines dans lesquels des retentissements peuvent être constatés vous sont proposés. Quelques mots de description de ces domaines sont cités à titre d'exemples non limitatifs, constituant une sorte d'aide mémoire pour vous aider à les balayer le plus largement possible. Toutes les personnes ne seront pas concernées par l'ensemble des rubriques, il vous est simplement demandé dans la mesure du possible de décrire ce dont vous avez connaissance. Vous disposez également de cases à cocher à la droite de chacun de ces domaines, permettant d'indiquer succinctement les retentissements les plus courants.

N'oubliez pas de préciser les impacts des pathologies sur la communication et les aspects relationnels : en effet, ces éléments sont souvent ceux qui sont les plus difficiles à évaluer et toute indication quant à leur existence sera la bienvenue pour l'équipe pluridisciplinaire qui sera ainsi en mesure d'approfondir ces questions si nécessaire.

Vos préconisations et observations

Comme praticien de terrain au plus près de la situation de votre patient, vous avez un avis ou des remarques sur les mesures utiles à améliorer sa situation : n'hésitez pas à en faire part à l'équipe pluridisciplinaire qui pourra ainsi mieux personnaliser les réponses à construire dans chaque situation.

Votre signature et votre identification

Elles sont essentielles pour attester de la validité du certificat qui va être adressé à l'équipe pluridisciplinaire comme pièce réglementaire de la demande. Il a souvent été constaté par le passé que les documents étaient surchargés par le patient lui-même, ou que le nom du praticien étant illisible, le certificat était de ce fait non valable. Par ailleurs, les fraudes sont passibles de poursuites. Merci de veiller à apposer votre cachet de façon lisible. De plus, si votre patient ne s'y oppose pas, cela permettra éventuellement au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de reprendre contact avec vous en cas de besoin.

Veillez à rappeler à votre patient qu'il lui revient de transmettre le certificat et ses pièces jointes sous pli confidentiel à l'attention du médecin de l'équipe pluridisciplinaire.

**MERCI DE VOTRE CONTRIBUTION A UNE MEILLEURE COMPENSATION
DU HANDICAP DE VOTRE PATIENT**

Confidentiel

Certificat médical

Destiné à être joint à une demande auprès
de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Nom de naissance

Nom d'épouse

Prénom Date de naissance

Adresse

N° d'immatriculation sécurité sociale

N° de dossier auprès de la MDPH (si connu)

➡ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES)

et
Il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du, il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M.....

A le Cachet

Signature du médecin

➡ Dans les autres cas : **Veillez compléter le certificat médical suivant**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

* «Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.» (Article L.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)

Pathologie principale à l'origine du handicap

Code CIM

Pathologies autres

Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH

Date de début des troubles - origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap - poids de naissance **pour les enfants** - bilan initial, facteur de gravité, évolutivité...

Accident du travail Maladie professionnelle compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleur, asthénie, fatigabilité, lenteur ...

Poids Taille latéralité dominante avant handicap..... compte(s) rendu(s) joint(s) (préciser)

Perspective d'évolution

Stabilité Aggravation Incapacité fluctuante (préciser, si nécessaire, la fréquence des poussées)
 Risque vital Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles) non définie

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif : Joindre un audiogramme avec et sans appareillage et un audiogramme vocal

Observations :

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif : Joindre le compte rendu type rempli par un ophtalmologiste

Observations :

Traitements, prises en charges thérapeutiques

Nature et durée des traitements en cours (*dont régime*), préciser les contraintes liées aux traitements, les effets secondaires, ...

compte(s) rendu(s) joint(s) (*préciser*)

Prises en charge régulières

- Hospitalisations itératives ou programmées
- Autres consultations médicales régulières, spécialisées ou non
- Autres prises en charges paramédicales régulières
- Autre (*préciser*)

Nature

Fréquence

Soins ou traitements nocturnes non oui (*préciser*)

Projet thérapeutique (*le cas échéant*) :

Appareillages

- Appareil auditif unilatéral bilatéral
- Canne, déambulateur
- Fauteuil roulant manuel électrique
- Orthèse, prothèse (*préciser*)
- Sonde urinaire Stomie urinaire
- Stomie digestive d'élimination
- Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
- Trachéotomie
- Appareil de ventilation (*préciser*) O₂
- Autre(s) appareillage(s) (*préciser*)

Préciser : Type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance ...

Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

A compléter en tant que de besoin, en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne

Mobilité, maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement...

Périmètre de marche

L'appréciation tient compte des aides techniques habituelles (*à préciser si autres que celles mentionnées ci-dessus*) :

1 - pas de difficulté

2 - difficulté modérée

3 - difficulté grave ou absolue

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Communication orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui...

Utiliser des appareils et techniques de communication (téléphone, téléalarme, ordinateur...)

Compte rendu de bilan du langage oral et écrit joint :

Conduite émotionnelle, relationnelle

Cognition, attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, vitesse d'idéation, comportement, orientation dans le temps ou l'espace...

	1	2	3
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Retentissement sur la sécurité : gestion des situations à risque, Capacité de discerner les dangers, mise en danger...

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : non oui (précisez)

Entretien personnel : toilette, habillage, continence, alimentation...

A : sans difficulté B : difficilement ou avec aide technique
C : aide humaine partielle D : aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vie quotidienne et vie domestique : travaux ménagers, course, préparer un repas, gérer son budget, faire des démarches...

Retentissement sur la vie sociale et familiale (si besoin)

Retentissement sur la scolarité (si en âge scolaire) :

non oui (préciser)

Retentissement sur l'emploi (si besoin)

Avis du médecin du travail joint

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : non oui (préciser)

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : non oui (préciser)
Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste et/ou accompagnements souhaitables ...

Préconisations : Prise en charge médico-sociale, aide humaine, aide technique, aménagements... (Si besoin)

Observations (Tous autres éléments utiles pour la prise en compte des besoins de la personne)

Certificat médical établi par :

A le Cachet (obligatoire)
Signature du médecin

Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique

A joindre au certificat médical destiné à la maison départementale des personnes handicapées

Nom :

Prénom :

Diagnostic principal :

Pathologies associées :

Date du bilan

Œil droit

Œil gauche

Meilleure Acuité visuelle de loin
Échelle de Monoyer à 5 mètres

Sans correction

.....

Avec correction

.....

Meilleure Acuité visuelle de près
Échelle de Parinaud à 40 cm
avec le meilleur éclairage

Sans correction

.....

Avec correction

.....

Le champ visuel binoculaire est-il normal ? oui non (*compléter le tracé binoculaire Goldman III/4 au verso*)

La vision des couleurs est-elle normale ? oui non (*préciser*)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale ? oui non (*préciser*)

Nystagmus non oui (*préciser*)

Diplopie non oui (*préciser*)

Strabisme non oui (*préciser*)

Photophobie non oui (*préciser*)

Cécité nocturne non oui (*préciser*)

Evolution prévisible des troubles amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration : Dans quel délai ? Comment ?

Déplacement à l'extérieur du domicile

Sans moyens
de compensation*

Avec moyens
de compensation* (*préciser*)

Seul avec aisance en permanence

Seul selon certaines conditions (luminosité,
durée ou difficulté du trajet)

Avec l'aide d'un tiers pour certains déplacements(*préciser*)

Avec l'aide d'un tiers pour tous les déplacements

Réalisation des tâches de la vie courante

Sans moyens
de compensation*

Avec moyens
de compensation* (*préciser*)

Seul avec aisance en permanence

Seul selon certaines conditions (luminosité ...)

Avec l'aide d'un tiers pour certaines tâches (*préciser*)

Avec l'aide d'un tiers pour toutes les tâches

*Moyens de compensation spécifiques : stratégies cognitives et attentionnelles ; Aides techniques

Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

A le

Cachet :

Signature :

Figure 1 - Coupole de Goldman

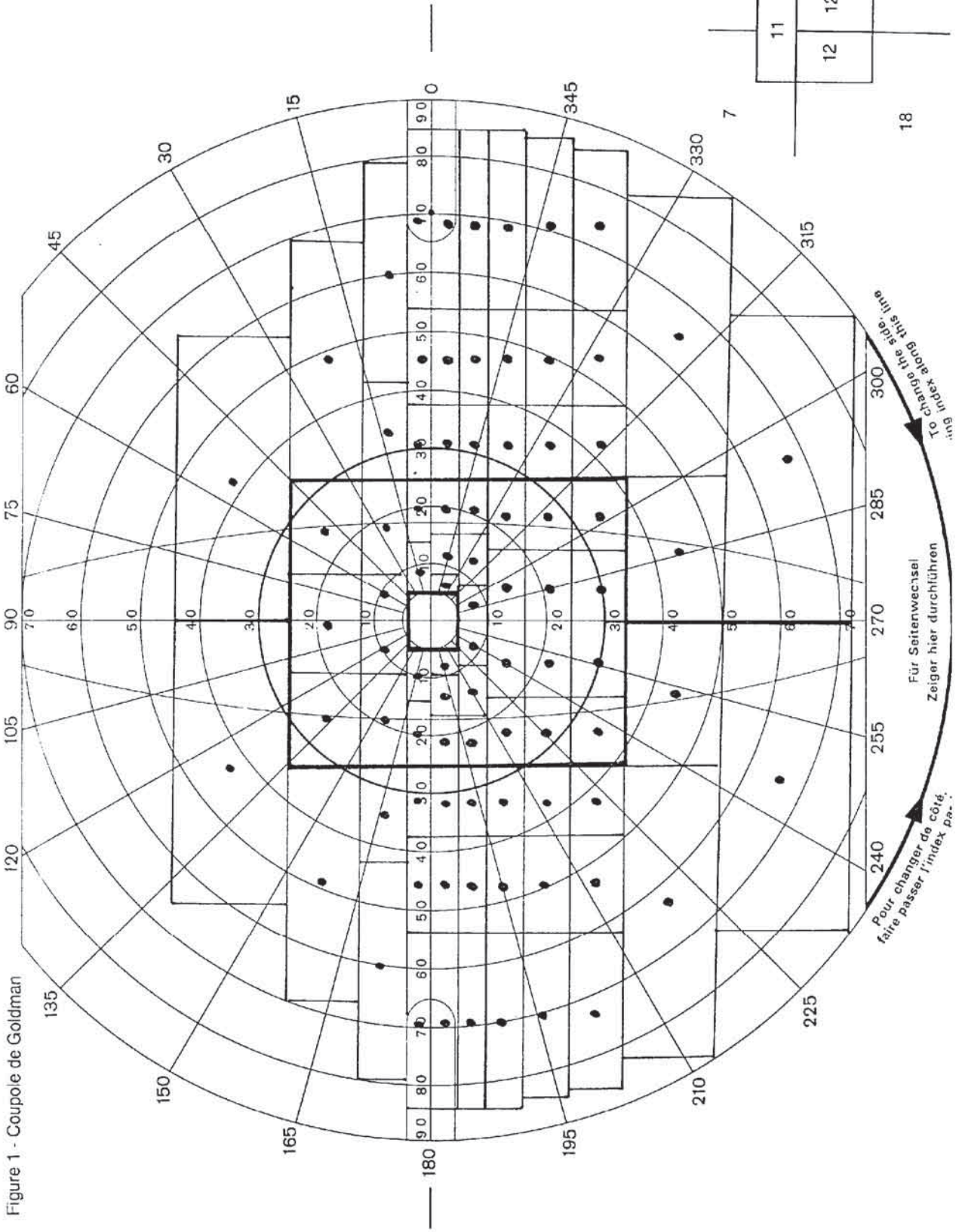


Figure 2

