

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



12692*01

1 – Identification de la demande

Votre dossier de demande auprès de la MDPH se compose de cette fiche d'identification et de un ou plusieurs formulaires. Cochez ceux que vous allez joindre et transmettre à la MDPH :

- Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH et son complément
- Demande relative à un parcours de scolarisation, de formation ou de soins en établissement ou service médico-social
- Demande de cartes
- Demande de Prestations de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice
- Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés - AAH et de complément de ressources
- Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle
- Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adulte

Cadre réservé au cachet de la MDPH

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

**Adulte concerné à titre personnel
par la demande ou adulte assumant la charge
de l'enfant concerné par la demande**

Enfant concerné

Mademoiselle Madame Monsieur

Nom de naissance : _____

Sexe : Masculin Féminin

Nom d'époux(se) : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Lieu de naissance : département |_|_|

Lieu de naissance : département |_|_|

Commune : _____

Commune : _____

Pays : _____

Pays : _____

Nationalité : Française
 EEE* ou Suisse
 Autre

Nationalité : Française
 EEE* ou Suisse
 Autre

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

N° de sécurité sociale ou de MSA : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom de la Caisse de Sécurité sociale : _____

* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.

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

3 – Pour un adulte majeur sous protection juridique

La protection juridique est exercée par : Un membre de la famille Un organisme
 Autre

Coordonnées du : Tuteur Curateur

Nom : _____

Prénom : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

4 – Pour un enfant mineur

► **PÈRE** Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

Profession : _____

► **MÈRE** Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

Profession : _____

► **Détenteur de l'autorité parentale (si détenue par un seul parent) :**

► **Autre représentant légal ou référent ASE :**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

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

5 – Identification de l'organisme payeur

Etes-vous inscrit à la CAF ou MSA de votre département de résidence ?

OUI NON

Si OUI, merci de préciser votre numéro d'allocataire CAF :

ou si vous relevez de la MSA cochez cette case :

Nom et adresse de l'organisme :

Nom : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

6 – Adresse actuelle

Résidence du demandeur

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone : _____

Mobile : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

Précisez s'il s'agit :

1 – de votre domicile

2 – d'un établissement d'hébergement pour personnes handicapées ou âgées

3 – de l'accueil par un particulier à domicile et à titre onéreux

4 – d'une structure ou famille d'accueil ou de l'aide sociale à l'enfance

Contact : _____

Autre, préciser : _____

Pour les cas (2) et (3) veuillez préciser l'adresse qui était la vôtre 3 mois avant votre entrée en établissement ou en accueil familial

Nom de la structure ou de la famille d'accueil : _____

Votre adresse dans les 3 mois précédant votre entrée dans cet établissement ou dans cette famille :

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Si vous avez élu domicile dans une association, dans un organisme agréé ou un centre communal ou intercommunal d'action sociale, précisez le nom de cet établissement :

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

7 – Situation familiale du demandeur

Vous êtes : Marié(e) Pacsé(e) En couple sans être marié(e) ou pacsé(e)

Vous vivez en couple depuis le :

Vous êtes : Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Célibataire

Vous êtes seul(e) depuis le :

8 – Enfants et autres personnes vivant à votre domicile

Nom et prénom	Date de naissance	Situation actuelle (scolarité, apprentissage, activité professionnelle ...)	Lien de parenté (conjoint ...)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9 – Médecin traitant (facultatif)

Qualité :

Nom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Mobile :

Adresse électronique : @

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

10 – Autre professionnel ou organisme pouvant donner des renseignements sociaux ou médico-sociaux (facultatif)

Qualité : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone : Mobile :

Adresse électronique : _____ @ _____

11 – Personne ayant aidé à remplir la demande (facultatif)

Avez-vous rempli ce dossier de demande avec l'aide de quelqu'un ? OUI NON

Si oui, s'agit-il : d'un parent d'un aidant

Autre, veuillez préciser : _____

Précisez ses coordonnées si vous le souhaitez : _____

12 – Historique administratif

Aviez-vous un dossier à la **CDES** ? OUI NON Dans quel département ?

Si oui, votre numéro de dossier CDES : _____

Aviez-vous un dossier à la **COTOREP** ? OUI NON Dans quel département ?

Si oui, votre numéro de dossier COTOREP : _____

Aviez-vous un dossier au **SVA** ? OUI NON Dans quel département ?

Si oui, votre numéro de dossier SVA : _____

Aviez-vous déjà un dossier **MDPH** ? OUI NON Dans quel département ?

Si oui, votre numéro de dossier MDPH : _____

13 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : _____ Le :

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (*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 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.