

Les aides par les différents organismes de l'état dans la prise en charge du diabète



38 rue Eugène Oudiné
75013 Paris
01 44 16 89 89
ajd@ajd-educ.org

Un constat a été fait par les Associations de Familles qu'il existe des disparités géographiques dans l'attribution des différentes aides, soumises à des commissions de décisions.

Toutes les aides possibles mentionnées dans ce lexique ne s'appliquent pas de manière systématique à tous les enfants ayant un diabète.

Les assistantes sociales de l'hôpital peuvent accompagner les familles en demande.

Qu'est ce qu'engendre le diabète de votre enfant ?

- La situation vis-à-vis de la prise en charge par l'assurance maladie des frais médicaux évolue (*Affection Longue Durée*)

->Chap. 1 : Prise en charge par l'assurance maladie

p. 3-8

- L'état de santé implique des frais médicaux (hospitalisation....) qui nécessite de vérifier les conditions de son contrat Mutuelle

->Chap. 2 : Les Mutuelles et Complémentaires Santé

p. 9-12

- L'état de santé peut nécessiter la présence soutenue d'un parent (*Congé de Présence Parentale / Allocation Journalière de Présence Parentale*)

->Chap. 3 : Les adaptations en milieu professionnel

p. 13-26

- L'état de santé de votre enfant peut nécessiter des aides complémentaires (financières ou sociales)

->Chap. 4 : Aides en lien avec le statut d'handicap

p. 27-60

A savoir : Il existe d'autres types d'aides (chèques emploi services, aides exceptionnelles de mutuelles, entreprises, carte prioritaire....) non développés dans ce document et à discuter avec votre équipe soignante.



Chapitre 1

La prise en charge du diabète par l'assurance maladie



Le statut ALD

Le fait de déclarer un diabète engendre un changement de statut vis-à-vis de l'Assurance Maladie. Ce statut permet une prise en charge des prestations médicales en rapport avec la maladie. On parle d'Affection Longue Durée (ALD).

->Une **Affection Longue Durée (ALD)** est une maladie chronique à caractère grave qui est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie (Ref: article L 324 du Code de la Sécurité Sociale).

Cette demande de reconnaissance de statut ALD se fait dès la première hospitalisation par le médecin ou le personnel de l'hôpital, sans la nécessité de votre intervention.

Processus de reconnaissance de statut ALD

Mettre à jour sa
carte vitale

Médecin pédiatre / diabétologue

complète

Un protocole de soins
(CERFA)

Envoie au



8 à 15
jours

répond en

Médecin conseil de la
Caisse d'Assurance Maladie



Ce que permet l'ALD : prise en charge

La prise en charge à 100% concerne

Les soins

Les consultations :
médecins, infirmiers

Les traitements

Liés *uniquement* à la maladie

Sauf si le médecin exerce en secteur 2, le patient aura à sa charge la différence entre le tarif de base et les honoraires demandés.

Matériel de surveillance

- Auto-piqueur (2 par an si < 18 ans)
- Lancette pour auto-piqueur (selon prescription)
- Lecteur de glycémie (2 tous les 4 ans si < 18 ans)
- Bandelettes de glycémie et de cétonémie
- Capteurs selon indications du JO (2 FSL / mois ou pas de limite pour capteurs DEXCOM + ENLITE (selon les conditions de la demande d'entente préalable))

+

Matériel d'injection

- Stylos injecteurs non jetables (1 / an)
- Seringues, selon prescription
- Aiguilles pour stylos à insuline, selon prescription
- Pompe à insuline externe (1 tous les 4 ans)
- Cathéter / tubulure

Traitement

- Insuline en flacon, cartouche, ou stylo jetable
- Glucagon

La durée de statut ALD

La prise en charge à 100%

A une durée limitée
mentionnée sur
l'attestation de droits

Nécessite une demande
de renouvellement



3 mois avant
expiration

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 26/09/2014 au 25/03/2015 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Assurance de base	Assurance complémentaire	Assurance maladie	Assurance hospitalisation
Assurance de base	Assurance complémentaire	Assurance maladie	Assurance hospitalisation
Assurance de base	Assurance complémentaire	Assurance maladie	Assurance hospitalisation
Assurance de base	Assurance complémentaire	Assurance maladie	Assurance hospitalisation

Tout le détail des droits aménageables est à découvrir.

Autres éléments médicaux pris en charge à 100%

Le vaccin contre la grippe

Un document de prise en charge envoyé par la CPAM est à présenter au pharmacien qui délivrera le vaccin gratuitement.

L'activité physique (DT2 / surpoids)

Le médecin peut prescrire au patient des séances avec un kinésithérapeute (parfois à domicile) afin de faciliter la reprise d'une activité physique. La prescription doit être rédigée sur une ordonnance bi-zone, dans la partie réservée à l'ALD.

Diététique (DT2 / surpoids)

Les consultations chez un nutritionniste, médecin spécialiste, sont remboursées au tarif de base de la sécurité sociale

Les soins en podologie

Selon le grade attribué « des pieds à risque »

Grade 2 : 4 séances / an de soins au maximum

Grade 3 : 6 séances / an de soins au maximum

Ce qui n'est pas pris en charge du fait de l'ALD ?

ALD : CE QUI N'EST PAS PRIS EN CHARGE

Dépassements d'honoraires

Participation forfaitaire de 1 €

Franchise médicale  0,50 €  2 €

Forfait hospitalier (20 € / jour)

Certains médicaments et dispositifs médicaux

dans la limite de 50 euros / an

Dû pour **tout séjour supérieur à 24 h** en établissement hospitalier public ou privé (*exemple des séjours SSR AJD*)

Pris en charge par la **Mutuelle ou CSS** (voir page 12) selon contrat

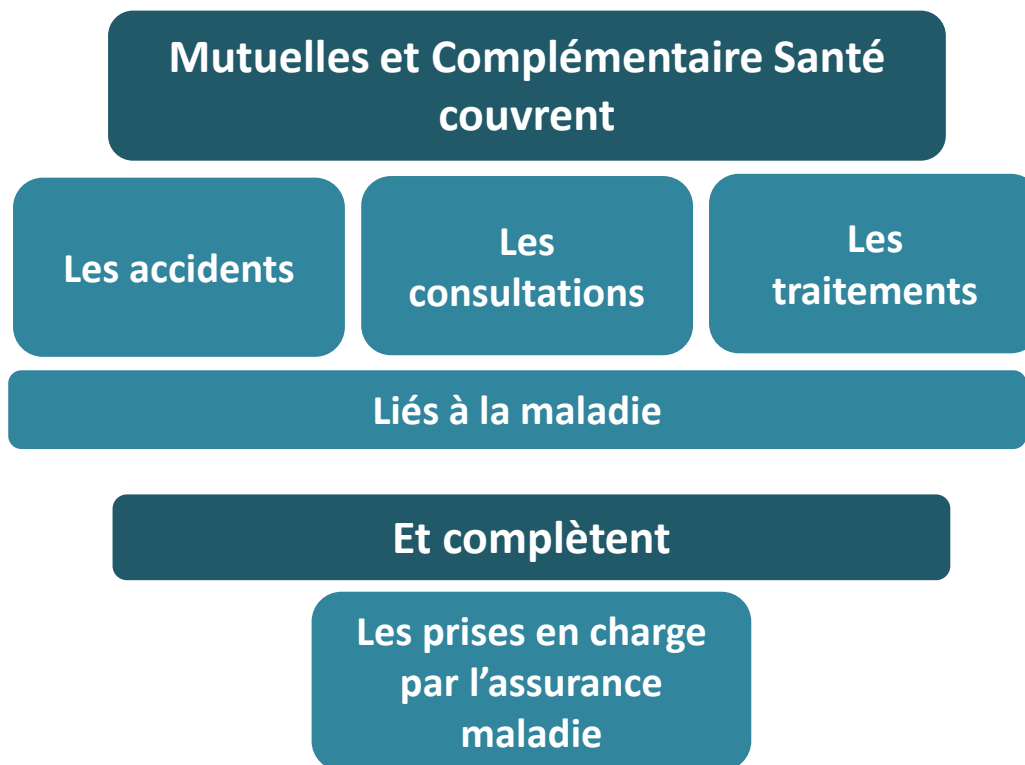
Chapitre 2

La prise en charge du diabète par les mutuelles et les complémentaires santé



Le contrat Assurance Santé (Mutuelle)

L'état de santé implique des frais médicaux plus (hospitalisation....), qui nécessite de vérifier les conditions de son contrat Mutuelle



→ Si les questionnaires de santé tendent à disparaître des dossiers de demande d'adhésion des assurances santé, les remboursements sont très variables selon les formules proposées.

Comment choisir une mutuelle ?

La formule de « base »

Elle complète le plus souvent le montant "reste à la charge" du patient après le remboursement par l'assurance maladie (ticket modérateur).

Attention, le **remboursement se calcule par rapport au tarif de convention** de la caisse d'assurance maladie et **non sur la dépense réelle**.

La formule "haut de gamme"

Ces contrats proposent des garanties étendues concernant les dépassements d'honoraires, les frais d'optique et dentaires.

Pour les frais d'optique et les prothèses dentaires, le remboursement peut se faire par forfait et/ou par pourcentage du tarif de remboursement de la sécurité sociale. Plus les remboursements sont importants, plus les cotisations sont élevées.

La formule « moyenne gamme »

Elle est souvent un mixte des deux précédentes, avec des remboursements plus élevés sur certains postes de dépense et un prix contenu de cotisation.



-aux conditions de remboursement : souvent précisées en tout petit en bas des contrats

-aux délais de carence : période décomptée à partir de la souscription, pendant laquelle certaines prestations ne sont pas prises en charge par la mutuelle.

La Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

La complémentaire santé solidaire (CSS) vous donne droit à la prise en charge de la part complémentaire de vos dépenses de santé (www.complementaire-sante-solidaire.fr)

REMPLACE

À partir du 1^{er} Novembre 2019



la couverture maladie universelle
complémentaire (CMU-C)

COMMENT SOUSCRIT-ON À LA CSS ?

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (CSS)
À compter du 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) s'élargit aux bénéficiaires de l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé) pour laisser place à un dispositif commun appelé « Complémentaire Santé Solidaire ».

QU'EST-CE QUE CELA CHANGE POUR LES BÉNÉFICIAIRES ACS ?

- ✓ De meilleures garanties
- ✓ Pas d'attestation-chèque
- ✓ Plus besoin de choisir entre 3 contrats

NOUVEAU NOM :
Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

QUELLES SONT LES CONDITIONS D'ATTRIBUTION ?

LES PLAFONDS D'ATTRIBUTION RESTENT LES MÊMES

NOUVEAU :
« Les bourses d'études accordées sous condition de ressources ne seront pas prises en compte dans les ressources »
Source : www.cmu.fr

LA CSS EST-ELLE PAYANTE ?

NON
POUR LES PERSONNES AYANT DES RESSOURCES EN DESSOUS DU PLAFOND ACTUEL CMU-C

OUI
POUR LES PERSONNES AYANT DES RESSOURCES ENTRE LE PLAFOND ACTUEL CMU-C ET CE PLAFOND MAJORÉ DE 35%

Tranche d'âge	Montant mensuel
29 ans et moins	8€*/mois
30 à 49 ans	14€*/mois
50 à 59 ans	21€*/mois
60 à 69 ans	25€*/mois
70 ans et plus	30€*/mois

(*) Participations financières pour les assurés relevant du régime général. Pour le régime local d'Alsace-Moselle, se référer aux montants figurant sur le site www.cmu.fr.

« Les bénéficiaires de l'ACS pourront bénéficier de la couverture de la Complémentaire Santé Solidaire en contrepartie d'une participation financière mensuelle, qui sera définie en fonction de l'âge »
Source : www.cmu.fr

≡ CSS SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE (EX CMU-C) **≡ CSS AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE (EX ACS)**

ETAPE 1

LA DEMANDE

- **Se procurer** le formulaire au format papier ou en ligne sur votre compte Ameli
- **Le remplir** en indiquant le gestionnaire de votre CSS
- **L'envoyer** à votre caisse de Sécurité Sociale

ETAPE 2

L'ATTRIBUTION

- L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) étudie la demande dans les 2 mois qui suivent sa réception
- L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) notifie sa décision au demandeur

ETAPE 3

L'ADHESION

CSS sans participation financière

La couverture prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de la décision de l'AMO

CSS avec participation financière

- Le gestionnaire envoie le bulletin d'adhésion au bénéficiaire
- Le bénéficiaire a 3 mois pour lui renvoyer le formulaire complété, accompagné du moyen de paiement
- La couverture prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception du dossier complet.

Chapitre 3

Les adaptations en milieu professionnel



L'état de santé peut nécessiter la présence soutenue d'un parent.

Un parent qui souhaite interrompre ou réduire son activité professionnelle peut en faire la demande **auprès de son employeur**.

C'est un congé de Droit, l'employeur ne peut pas le refuser.

Le Congé de Présence Parentale correspond à une réserve de jours de congés, utilisés en fonction de vos besoins.

Pour en bénéficier vous devez être

salarié du
secteur
privé

agent du
secteur public
(sous
conditions
uniquement)

voyageur
représentant
placier (VRP)

salarié à
domicile
employé par
un particulier
employeur

travailleur
non-salarié
(gérant
EURL, SARL,
entrepreneur
individuel...)

en formation
professionnelle

demandeur
d'emploi à
condition d'être
indemnisé par
Pôle emploi.

Quelles démarches pour en bénéficier ?

Procédure de demande du CPP



au moins 15 jours
avant la date
souhaitée de
début du congé

par lettre
recommandée avec
avis de réception
(LRAR)

ou

remise en main
propre contre
décharge



Certificat médical attestant :

- ✓ de la particulière gravité de la maladie
- ✓ de la nécessité d'une présence soutenue auprès de l'enfant et des soins contraignants.

Les conditions du CPP

limite maximale
= 22 jours par mois

limite maximale = 3 ans

310 jours ouvrés maximum
par enfant

en fonction de vos besoins
= 1 fois 310 jours
ou plusieurs fois



Besoin d'1 journée

Prévenir votre employeur
au moins 48 h à l'avance.



pas de demi-journée

Que se passe t-il administrativement pendant vos jours de congé parental ?

Le contrat de travail est suspendu

&

Le salarié ne perçoit pas de rémunération

mais



L'ensemble des avantages acquis avant le début du congé sont conservés.

L'absence du salarié est prise en compte en totalité dans le calcul des avantages liés à l'ancienneté.

Pour le calcul des heures de formation du compte personnel de formation (CPF), chaque période d'absence du salarié est intégralement prise en compte.

mais il peut bénéficier de :



AJPP

=

**Allocation Journalière
de Présence
Parentale**

Qui fait la demande de l'Allocation Journalière de Présence Parentale ?

Cette demande d'Allocation journalière peut être faite auprès de la CAF ou MSA dès que votre employeur a signé le Congé de Présence Parental.

Compléter le formulaire Cerfa n° 12666*03 avec le médecin qui suit l'enfant pour son diabète.
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15132>

Cas général (Caf)

Régime agricole (MSA)

Vous devez remplir avec le médecin qui suit l'enfant le formulaire cerfa n°12666*03 :



Formulaire

Demande d'allocation journalière de présence parentale (AJPP)

Cerfa n° 12666*03

Autre numéro : S7152b

Accéder au formulaire 

L'Allocation Journalière de Présence Parentale : les conditions d'obtention

Ouverture du droit à l'AJPP si

dépôt de la demande
accompagnée du certificat
médical



attestation sur l'honneur
concernant l'activité
professionnelle



nécessité de présence
parentale et de soins
contraignants

Durée de droit à l'AJPP dans la limite de

La date d'ouverture du droit
détermine une période maximale
de 3 ans au cours de laquelle
l'allocation pourra être attribuée

Au sein de cette période, le parent
a droit à un maximum de 310 jours
d'allocations journalières

Le droit est ouvert pour une période égale à la durée prévisible du traitement fixé par le médecin.



Extension du renouvellement du droit à l'Allocation journalière de présence parentale (AJPP) aux parents d'enfants atteints d'une maladie chronique

Pour rappel, l'AJPP est versée dans le cadre d'un Congé de présence parentale (CPP) et **est limitée à 310 jours, sur une période de 3 ans maximum**. Avant cette loi, elle ne pouvait être renouvelée qu'en cas de rechute ou de récurrence d'une maladie, ce qui excluait, de fait, les parents d'enfants malades chroniques, qui n'étaient ni en situation de rechute ni de récurrence, mais toujours malades et nécessitant une présence soutenue et des soins contraignants.

Désormais, **une nouvelle période d'AJPP est accordée « lorsque la gravité de la pathologie de l'enfant au titre de laquelle le droit à l'allocation journalière de présence parentale avait été ouvert nécessite toujours une présence soutenue et des soins contraignants »**.

L'AJPP est cumulable avec l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) de base, mais pas avec ses éventuels compléments.

Références :

Article L.1225-3 du Code du Travail

Article L.544-3 du code de la Sécurité sociale

En cas de prolongation du congé au-delà de la durée prévue dans le certificat médical, le salarié doit prévenir l'employeur dans les mêmes conditions que pour sa demande initiale.

L'Allocation Journalière de Présence Parentale : le Non Cumul

L' AJPP n'est pas cumulable, pour un même bénéficiaire, avec ces prestations

Allocation forfaitaire de repos maternel ou l'allocation de remplacement pour maternité

Complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) perçus pour le même enfant

Indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail

Indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption

Allocations chômage

Allocation aux adultes handicapés (AAH)

Pension de retraite ou d'invalidité

Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE)

L'Allocation Journalière de Présence Parentale : sur quelle base financière ?

Montant quotidien suivant la situation familiale*	
Situation familiale	Montant net
Si vous vivez en couple	43,70 €
Si vous vivez seul	51,92 €

**Tarifs 2019 actualisés annuellement*



L'allocation cesse d'être due à compter du 1er jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit ne sont plus réunies.

L'Allocation Journalière de Présence Parentale : sur quelle base financière ?

Un complément mensuel de 111,78 € peut être attribué
SI

Les dépenses mensuelles exigées par l'état de
santé de l'enfant
Sont supérieures à 112,00 € par mois

Pour des dépenses non remboursées par la
Sécurité sociale ou par la mutuelle



Les ressources du foyer
ne dépassent pas un
certain plafond (à vérifier selon votre situation)

Vos ressources ne doivent pas avoir dépassé un
montant déterminé en fonction de votre situation
familiale. C'est le revenu net catégoriel de l'année
N-2.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15132>
(Rubrique Complément pour frais)

Plafond de ressources

☒ Vous vivez seul(e)

☐ 1 enfant

☐ 2 enfants

☐ 3 enfants

☐ 4 enfants ou plus

L'Allocation Journalière de Présence Parentale : les conditions de versement

Le versement n'intervient qu'après examen par la Caf ou la MSA de l'attestation mensuelle AJPP.

L'AJPP est due à compter du 1er jour du mois civil au cours duquel est déposée votre demande, sous réserve que les conditions d'ouverture de droit soient réunies à cette date.

Pour 1 enfant malade, le droit peut être ouvert simultanément ou successivement aux 2 membres du couple au titre d'un mois civil :

Si les 2 parents s'arrêtent simultanément pendant un mois complet

→ Ils ne percevront que 22 AJPP même s'ils se sont arrêtés au total 44 jours ou plus.

Si les 2 parents s'arrêtent simultanément pendant 11 jours

→ Ils percevront 22 AJPP pour 22 jours d'arrêt.

Si les 2 parents s'arrêtent successivement 11 jours chacun

→ Ils percevront 22 jours AJPP pour 22 jours d'arrêt au total.



Prévenir votre organisme en cas de changement de situation ou de domicile



Demande d'allocation journalière de présence parentale



Merci de compléter également un formulaire de déclaration de situation.

Art L 514 1 à L514 9 du code de la Sécurité sociale

Ce qu'il faut savoir

- Vous avez un enfant gravement malade, accidenté ou handicapé et vous souhaitez arrêter de travailler ponctuellement pour vous en occuper. Vous pouvez demander l'allocation journalière de présence parentale (Ajpp).
- Vous devez être salarié(e), non salarié(e), stagiaire de la formation professionnelle rémunérée ou au chômage indemnisé.
- Si vous êtes salarié(e), vos périodes d'absence doivent s'inscrire dans le cadre d'un congé de présence parentale demandé à votre employeur.
- Vous ne pouvez pas cumuler l'allocation journalière de présence parentale et vos indemnité(s) de chômage.
- Si vous êtes dans cette situation, votre Caf/MSA demandera à l'organisme qui vous verse les indemnités de chômage d'en interrompre le versement et vous percevrez un forfait de 22 allocations journalières par mois.
- Si vous vivez en couple, vous pouvez en bénéficier tous les deux dans la limite de 22 allocations journalières par mois et par enfant malade.
- Dans ce cas vous devez remplir chacun une demande.
- Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité, d'un avantage de vieillesse ou si vous êtes au chômage non indemnisé, vous ne pouvez pas recevoir cette allocation. Il est donc inutile de faire une demande.
- Vous pouvez percevoir, sous certaines conditions, un complément pour les frais occasionnés par l'état de santé de votre enfant.

Merci de rappeler votre identité

Nom de famille : Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :
(de naissance)
Nom d'usage :
(facultatif et s'il y a lieu)
Date de naissance :
Numéro d'allocataire (si vous en possédez un) :
Numéro de Sécurité sociale :

Indiquez qui, dans votre couple (allocataire, conjoint, concubin ou pacsé), demande à bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.

Nom de famille : Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :
(de naissance)
Nom d'usage :
(facultatif et s'il y a lieu)
Date de naissance :
Numéro de Sécurité sociale :

Renseignements concernant le demandeur

☐ Salarié(e). Les périodes d'absence s'inscrivent dans le cadre d'un congé de présence parentale qui a commencé le :
Nom, prénom ou raison sociale de votre employeur :
Adresse :
Code postal : Commune :
Numéro de téléphone :
☐ Travailleur indépendant ou employeur, stagiaire de la formation professionnelle rémunérée.
Précisez la date du 1^{er} jour d'arrêt de l'activité pour s'occuper de l'enfant :
☐ Chômage indemnisé
Nom de l'organisme qui verse les indemnités :
Adresse :
Code postal : Commune :
Numéro Pôle emploi :
☐ Autre situation, précisez laquelle :

S 7152 b - 10/2013

Emplacement réservé à la Caf

Date demande : 12/02/2016



PAGE 1/4

IDX W 1105003 U 999 -



>00000001105000000000<



2 Demande d'allocation journalière de présence parentale

Renseignements concernant l'enfant pour lequel vous demandez l'allocation
Vous devez faire une demande pour chaque enfant.

Nom : Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :
Date de naissance :
Personne qui prend en charge l'enfant pour l'assurance maladie :
Nom : Prénoms :
Numéro de Sécurité sociale :
Organisme qui rembourse les frais de maladie de l'enfant :
Nom :
Adresse :
Code postal : Commune :

Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints.

Fait à : Le :
Si le signataire est un représentant de l'allocataire, précisez ci-dessous ses nom, prénom, qualité et adresse :
Signature de l'allocataire ou de son représentant

Vous avez l'obligation de signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

La Caf/MSA vérifie l'exactitude des déclarations (Article L. 114-19 du code de la Sécurité sociale). La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Articles L. 114-9 - dépôt de plainte de la Caisse pouvant aboutir à : travail d'intérêt général, amende ou peine de prison, L. 114-13 - amende, L. 114-17 du code de la Sécurité sociale - prononcé de pénalités).

La loi 78-17 du 06/01/1978 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 l'organisme qui a traité votre demande.

Attestation à faire compléter par votre médecin

Vous pouvez également joindre une attestation identique établie par le médecin sur papier libre

Période prévisible des soins contraignants et de la présence parentale, à compter de pour mois.
Si le demandeur a déjà bénéficié de l'Ajpp pour le même enfant, indiquer :
☐ s'il s'agit d'une nouvelle pathologie
☐ s'il s'agit d'une rechute ou d'une récurrence
Nom, prénom du médecin :
Fait à : Le :
Signature et cachet du médecin

Pièces à joindre à votre demande

Vous devez obligatoirement joindre à votre demande, sous enveloppe fermée, le certificat médical détaillé (en pages 3 et 4) complété par votre médecin.

- Pour que votre dossier soit traité rapidement :
- répondez à toutes les questions qui vous concernent
 - n'oubliez pas de compléter une déclaration de situation.

Emplacement réservé à la Caf

Date demande : 12/02/2016



PAGE 2/4

IDX W 1105003 U 999 -



>00000001105000000000<



Chapitre 4

Aides en lien avec le statut d'handicap



La notion de « handicap »

Le diabète de type 1 peut être considéré, comme un handicap* donnant droit à des aides particulières.

*** Définition du handicap**

La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a, dans son article 114 défini la notion de handicap :

*« 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.** »*

Certaines aides peuvent être accordées, en fonction de :

- l'âge de l'enfant,
- de son niveau d'autonomie,
- du département

La MDPH : qu'est-ce que c'est ?

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), à raison d'une MDPH dans chaque département sont chargées de l'accueil, de l'information et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches.

La personne handicapée est au cœur de ce dispositif de service public, grâce à une réelle prise en compte de son projet de vie et une évaluation fine de ses besoins par une équipe pluridisciplinaire, afin de reconnaître ses droits à la compensation par la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH).

Les aides possibles de la MDPH

AAEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) p. 31 à 39

AAH (Allocation Adulte Handicapé) p. 40

AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) p. 41 à 43

APAD (Assistance Pédagogique A Domicile) p. 44 à 47

Annexes 1 - Formulaire de demande MDPH à compléter p. 48 à 57

Annexes 2 - Certificat médical à compléter p. 58 à 61

1. L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

Une prestation destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. L'AEEH est versée par l'état à savoir : les CAF, ou la MSA pour les personnes qui relèvent du régime agricole.



!

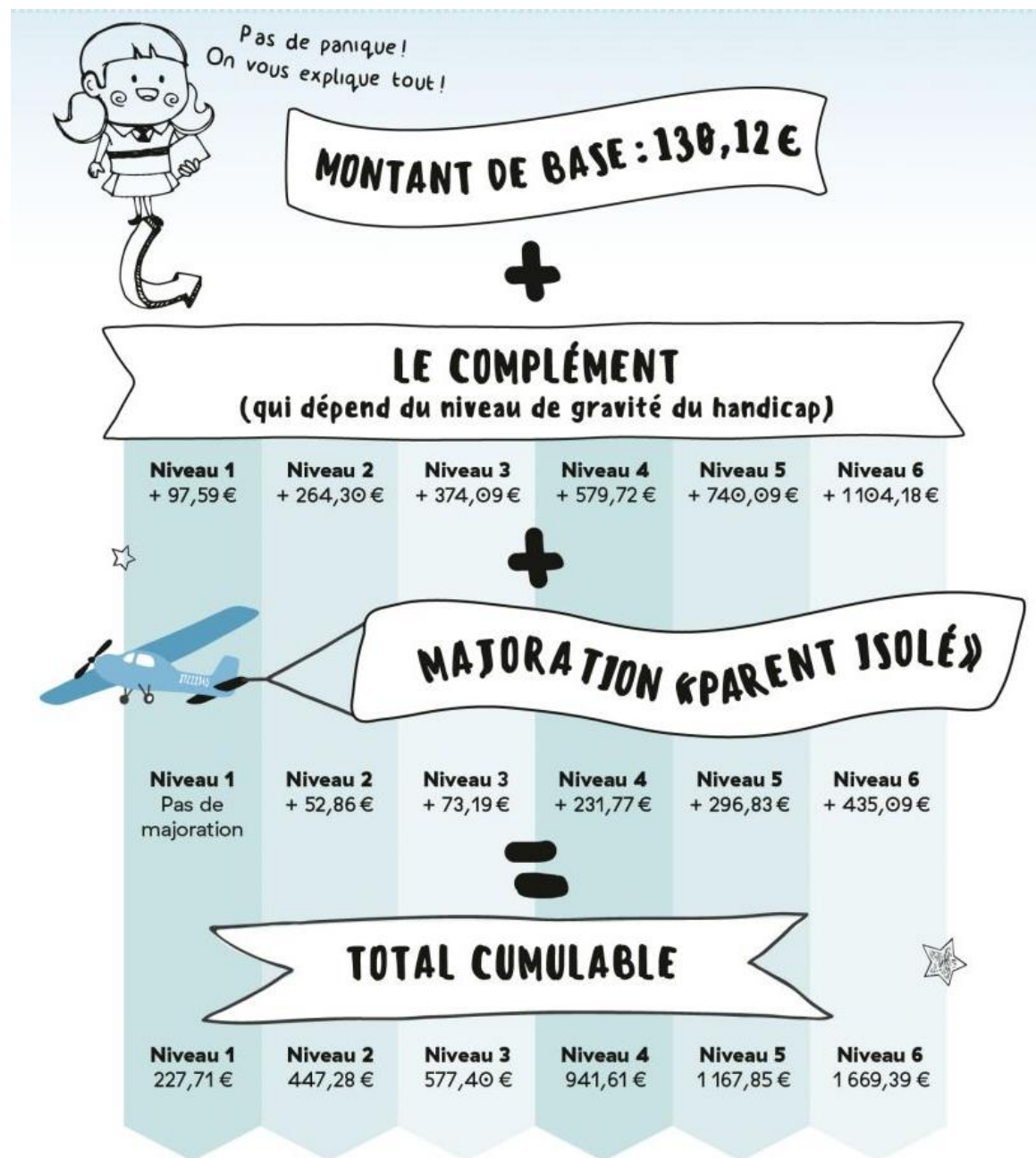
Si l'enfant a + de 18 ans et demande l'APL pour un logement étudiant, il ne recevra plus l'AEH car plus considéré comme un enfant.


130,12€
Montant de base


+ **COMPLÉMENT**
Niveau de handicap


+ **MAJORATION**
"Parent isolé"

1. L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) - suite



Le complément d'allocation est accordé en fonction de :

des dépenses liées au handicap

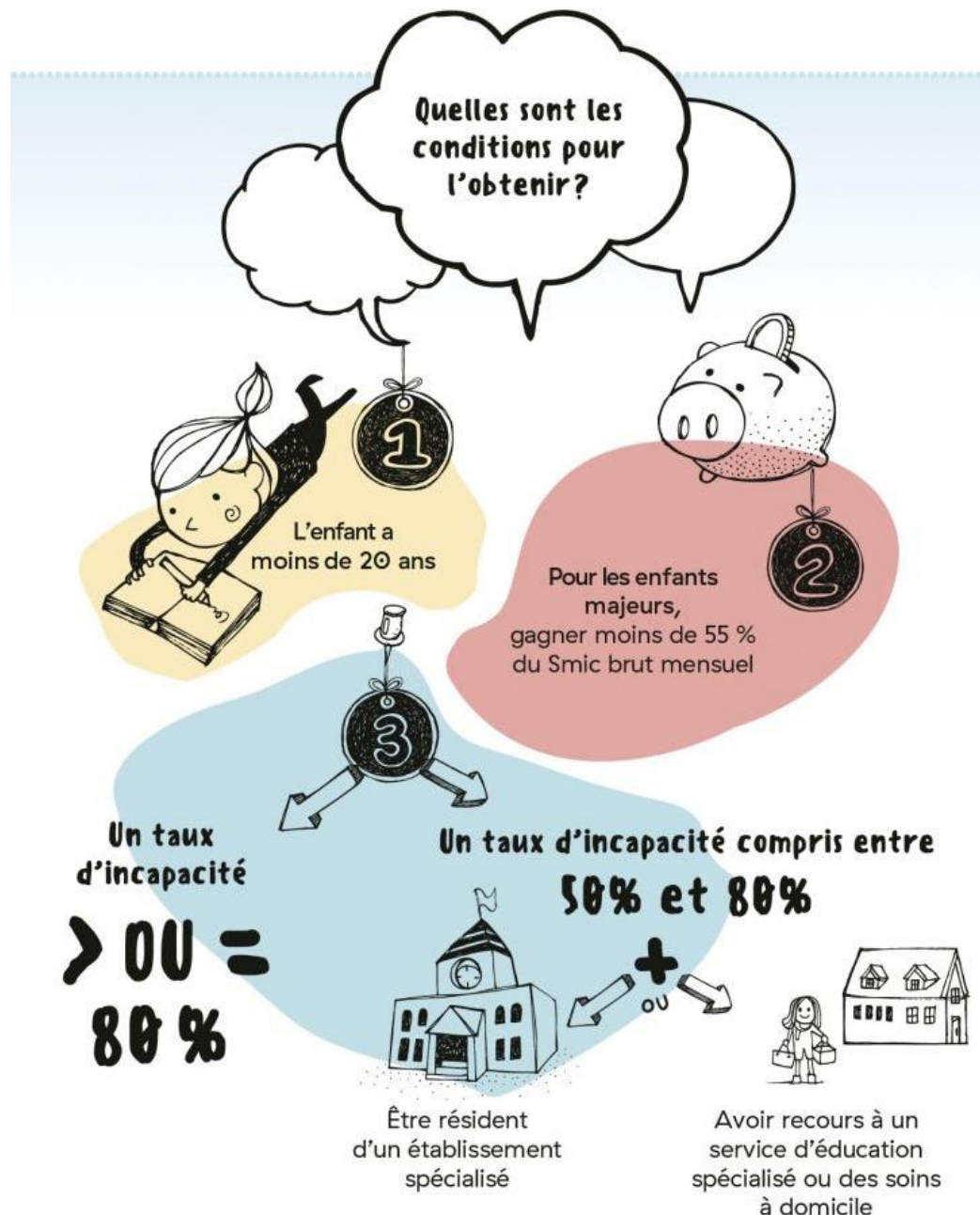
et / ou

de la réduction ou cessation d'activité professionnelle d'un des parents

OU

à l'embauche d'un tiers

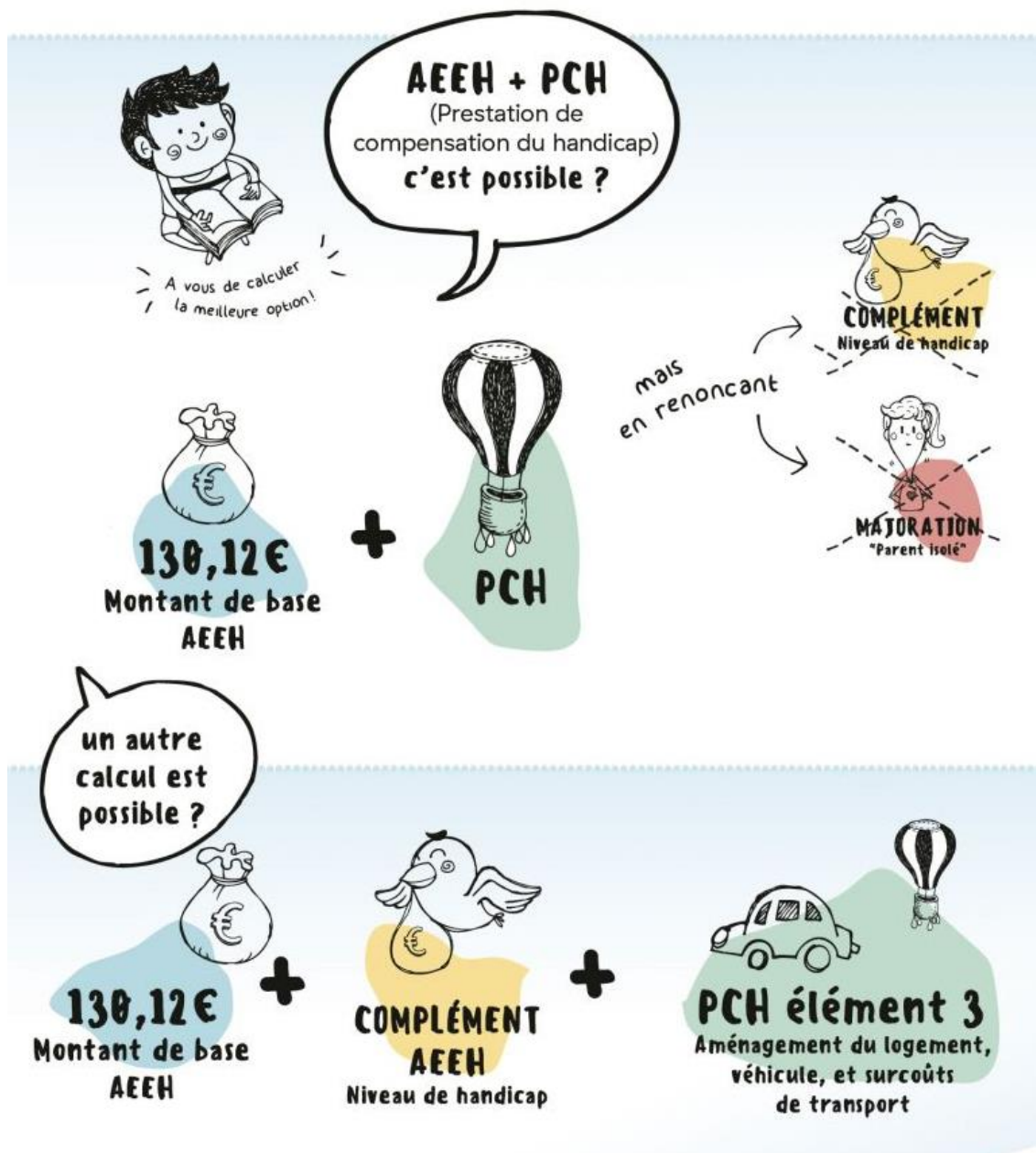
1. L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) - suite



La CDAPH rend sa décision dans un délai de 4 mois à partir de la date de dépôt de la demande.

À défaut, le silence gardé pendant plus de 4 mois correspond à un refus.

1. L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) - suite



L'allocation est versée mensuellement pendant la durée fixée par la CDAPH (entre 1 et 5 ans).

À savoir :
si l'enfant est en internat avec prise en charge des frais de séjour, l'AEEH n'est due que pour les périodes pendant lesquelles il rentre chez lui (les fins de semaines et les vacances).

1. L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) - suite

Sur quels critères ?

En application du barème de la SS de 2007, le taux de reconnaissance de **handicap de base pour un enfant ayant un diabète est de 35%** qui **ne donne pas droit à l'AEEH**.

La commission d'attribution peut décider d'augmenter ce taux jusqu'à 50%, donnant droit à l'AEEH, selon :

- le critère d'autonomie de l'enfant

- le niveau des contraintes liées au diabète (particulièrement en lien avec l'âge de l'enfant et toutes les incidences quotidiennes du diabète, y compris les complications entraînées au niveau scolaire et autres).

De ce fait, le médecin doit remplir un certificat circonstancié en s'appuyant sur les critères de **compétences de l'enfant** définis par l'AJD (doc ci-après) et des **comptes rendus d'hospitalisation**.

Pour cela, il faut que **les difficultés soient durables dans le temps**, soit plus d'une année.

1. L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) - suite

Sur quels critères ?

LES COMPÉTENCES DE L'ENFANT PAR TRANCHES D'ÂGES

Maîtrise des gestes techniques	Moins de 5 ans	5-6 ans	7-8 ans
Glycémie / Cétonémie	- Est attentif au moment de la glycémie et/ou de la cétonémie - Aide à préparer le matériel en réponse à la demande des parents - Se lave les mains - Jette la lancette et la bandelette	- Fait une glycémie/acétonémie ○ Fait le geste avec un adulte ○ Fait le geste seul - Pique sur le côté des bouts de doigts	- Fait une cétonémie ○ Fait le geste avec un adulte ○ Fait le geste seul
Bandelette urinaire	- Est attentif au moment de la BU - Aide à préparer le matériel en réponse à la demande des parents - Jette la bandelette urinaire	- Faire une analyse d'urine : uriner sur la bandelette ○ Fait le geste avec un adulte ○ Fait le geste seul	
Injection	- Est attentif au moment de l'injection - Prépare le matériel en réponse à la demande des parents - Jette l'aiguille dans un endroit approprié - Reconnaît et nomme les sites d'injection		
Pompe	- Déconnecte et reconnecte la tubulure avec un adulte		

Gérer une situation de crise	Moins de 5 ans	5-6 ans	7-8 ans
Hypo	- Dit à un adulte quand ça ne va pas	- Reconnaît ses signes d'hypo - Ose dire : " Je ne me sens pas bien " - Dit que lors d'une hypo il faut manger du sucre	- Cite ses signes d'hypo - Demande ou prend du sucre quand il ne se sent pas bien
Hyper	- Dit à un adulte quand ça ne va pas		- Cite les signes d'hyperglycémie

1. L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) - suite

Sur quels critères ?

LES COMPÉTENCES DE L'ENFANT PAR TRANCHES D'ÂGES

Cadre et mode de vie	Moins de 5 ans	5-6 ans	7-8 ans
Alimentation	- Reconnaît un aliment par ses 5 sens - Nomme les aliments - Se met à table pour manger - Reste assis au moment des repas 15 min - Choisit sa place à table - Utilise les couverts à table	- Identifie la couleur verte pour les légumes - Identifie la couleur marron pour les féculents - Classe les féculents et les légumes dans leur famille - Repère et cite les moments des repas dans la journée, y compris les collations dans la matinée et le goûter (le cas échéant)	- Cite toutes les familles d'aliments - Identifie le code couleur des familles - Classe un aliment dans sa famille - Reconnaît les familles d'aliments au cours d'un repas
Traitement		- Repère le matériel lié au diabète (glycémie/cétonémie - BU - Stylo/seringue - carnet - sucre)	- Fait une glycémie ○ avant les repas ○ quand il ne se sent pas bien ○ avant le sport - Lit et dit le chiffre de glycémie - Explique le carnet : pour noter glycémies/BU et insuline - Identifie son stylo/cartouche d'insuline à utiliser en cas d'injection à midi ou au goûter - Repère qu'il fait une injection/bolus d'insuline avant chaque repas
Comprendre son corps et sa maladie	Moins de 5 ans	5-6 ans	7-8 ans
			- Explique : " la glycémie est la mesure du glucose (sucre) dans le sang " - Explique : " le diabète est dû au manque d'insuline " - Fait le lien entre son traitement et le manque d'insuline

1. L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) - suite

Constitution du dossier

La demande d'aide doit émaner de la famille.

Plus il est détaillé, plus le dossier est entendu (une attention particulière sera portée à la rédaction du « projet de vie »). Il permet de fixer le taux de handicap.

Le dossier :

- Le « Cerfa n°13788*01 » en annexe 1 doit être complété et signé par les deux parents (même en cas de séparation)
- Le « Cerfa n°15695*01 » en annexe 2 certificat médical rempli par un médecin traitant ou du diabétologue qui est valable 3 mois.

Le dossier est transmis à une équipe pluridisciplinaire :

- un médecin
- un administratif (assistant social, psychologue, employés de l'éducation nationale...)

Si la case AEEH n'est pas cochée, le dossier sera rejeté, car l'enfant diabétique ne peut rien demander d'autre.

The image shows a sample of the 'DEMANDE À LA MDPH' form. It includes the Cerfa logo, the title 'DEMANDE À LA MDPH', and a section titled 'À qui s'adresse ce formulaire ?'. Below this, there is a table with two columns: 'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou son équivalent' and 'Reconnaissance d'allocation compensatrice (ACT) ou ACTP'. The table lists various conditions and benefits. At the bottom, there are checkboxes for 'C'est ma première demande à la MDPH', 'Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé', and 'Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits'. There are also sections for 'Que dois-je remplir ?' and 'Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?'.

Sources : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14809>

1. L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) - suite

Le délai de réponse

2 mois après le dépôt du dossier la famille reçoit un accusé réception + code accès à « Mon dossier MDPH »

Réponse définitive = 10 mois plus tard

➤ 1 an entre dépôt et réponse

Les recours possibles

Si la décision reconnaît le handicap à un taux inférieur à celui que l'enfant avait précédemment, la famille pourra faire une demande de recours gracieux, par lettre motivée et être reçue devant la commission des droits l'autonomie des personnes handicapées.

Cette commission conteste la décision prise et renvoie le dossier en étude, elle ne peut pas revenir sur le taux de handicap accordé.

Pour qu'elle statue en faveur de la réévaluation du dossier, il faut lui présenter des pièces complémentaires.

2. L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)



Elle est accordée sur décision de la CDAPH.

C'est une aide financière qui permet d'assurer un minimum de ressources, attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources.

L'AAH se cumule (mensuellement) avec :

- le complément de ressources,
- **OU** la majoration pour la vie autonome.

Le versement de l'AAH par la CAF dépend des éventuelles autres ressources de la personne en situation de handicap.

900 €

**d'allocation mensuel
maximal**

*pour une personne seule et
sans aucune ressource*

Exp 1: si la personne perçoit 400 € d'allocation pôle emploi, la CAF ne lui versera que 500 € d'AAH.

Exp 2 : Si la personne perçoit 901 € de revenus, la CAF ne lui versera rien, mais son statut sera maintenu en cas de fluctuations de revenus.

Attention:

Cette allocation n'est pas soumise aux cotisations de Sécurité sociale.

Les périodes de perception de l'AAH ne sont pas, en tant que telles, prises en compte pour la retraite.

3. L'Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS)



Dans le cadre du **diabète de l'enfant**, l'**AVS n'est pas nécessaire**.

Mais, elle peut être requise dans le cas, **où le diabète empêche la scolarité de l'enfant sur une longue période**.

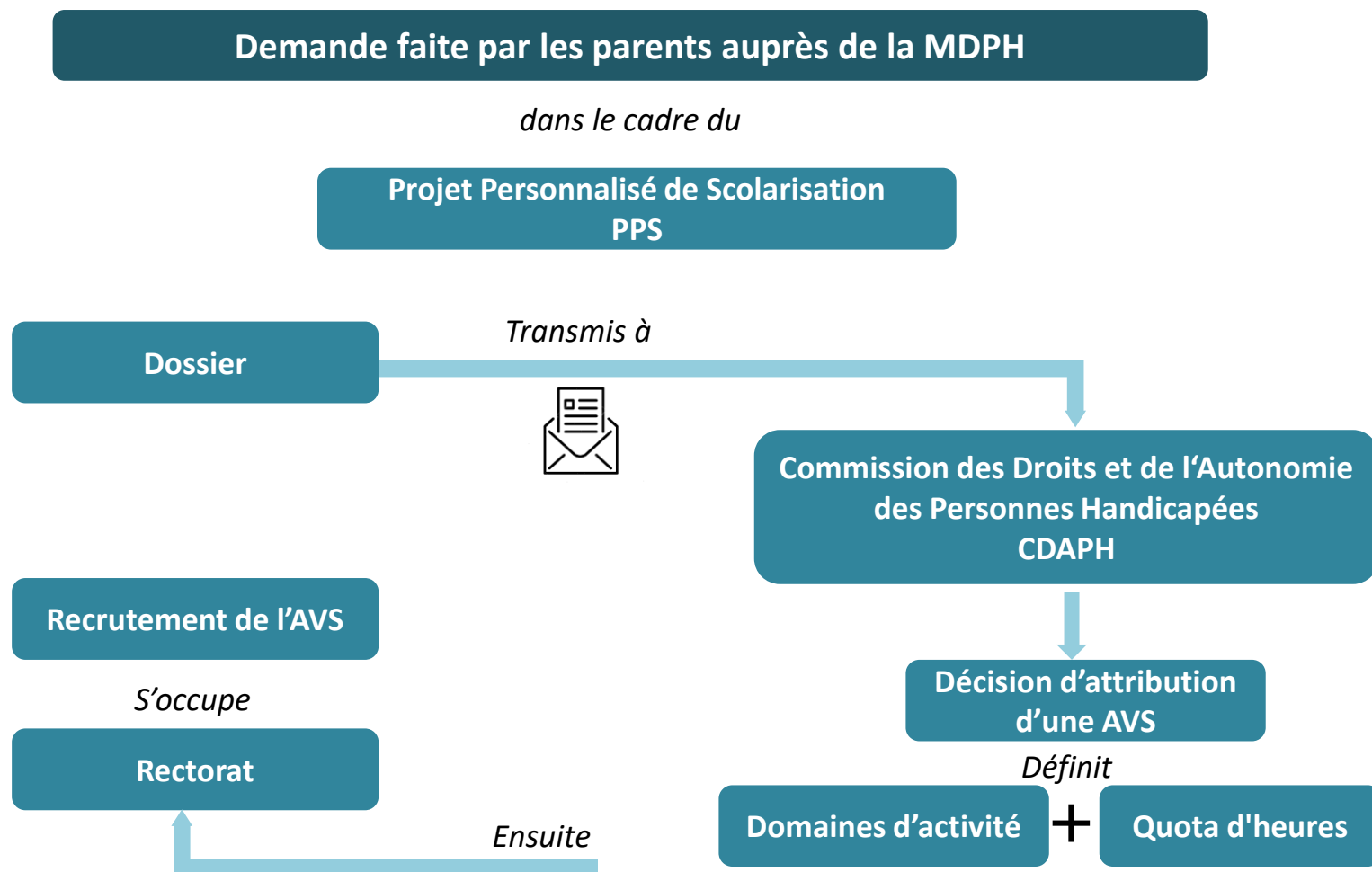
Une AVS n'a pas vocation à se substituer aux professionnels de l'enseignement ou du soin.

Elle est en charge d'un accompagnement "généraliste", uniquement dans le cadre scolaire et périscolaire, sans intervenir au domicile de l'élève.

Elle aide à la vie quotidienne dans l'établissement et au suivi individuel d'un élève handicapé, tout en veillant à l'encourager dans ses progrès en autonomie.

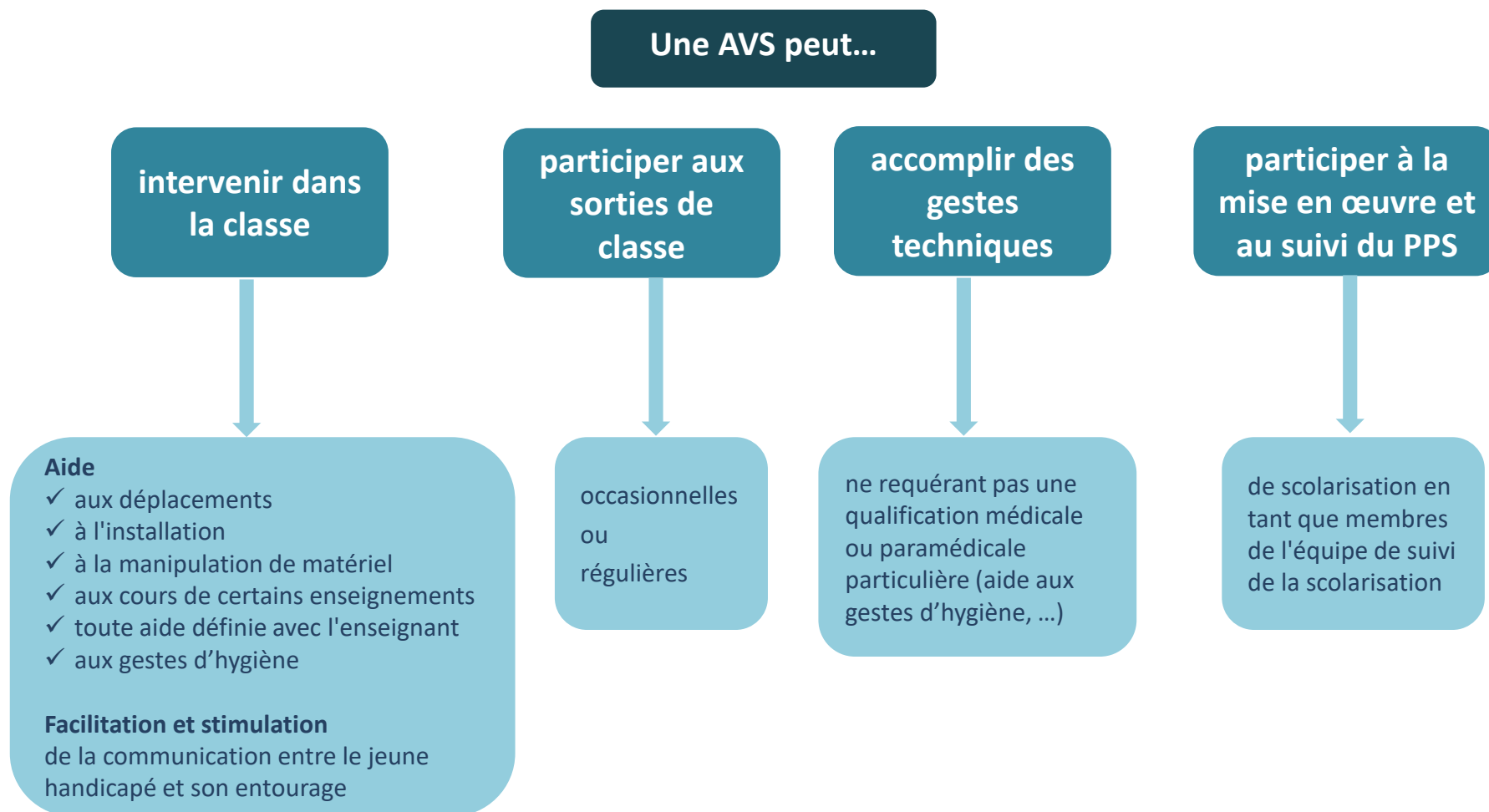
Circulaire n° 2017-084 du 3 mai 2017

3. L'Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) - suite



A noter : côté établissement scolaire, la présence de l'AVS ne peut être considérée comme condition pour l'inscription de l'élève.

3. L'Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) - suite



4-L'Assistance Pédagogique A Domicile (APAD)

SAPAD : service d'assistance pédagogique à domicile

C'est un service mis en place dans chaque département par l'**Education Nationale (DASEN)**

Circulaire n° 98-151 du 17 juillet 1998 :

Assistance pédagogique à domicile en faveur des enfants et adolescents atteints de troubles de santé sur une longue période

Article D351-4 :

Organisation de la scolarité - établissement scolaire de référence - interruption momentanée de scolarité en raison de l'état de santé

Permettre de poursuivre
les apprentissages
scolaires fondamentaux

Les missions de l'APAD

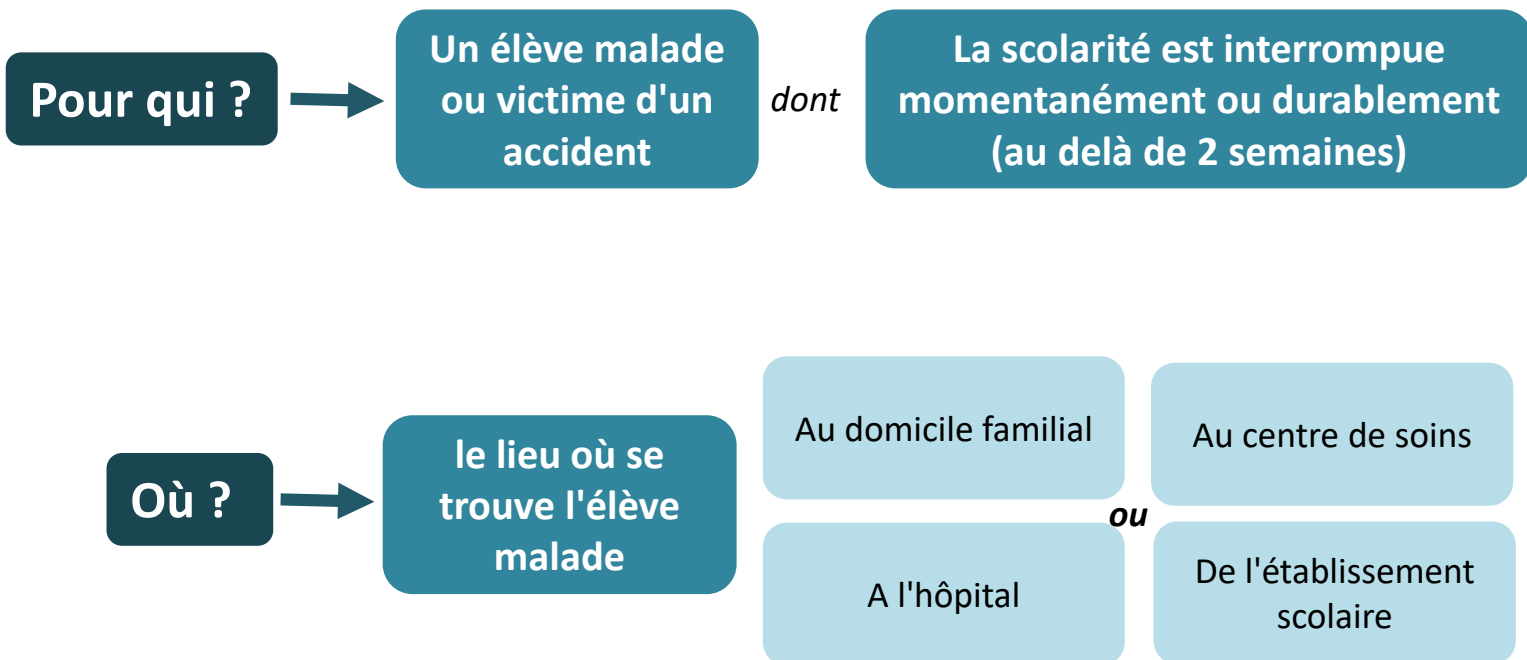
Maintenir le lien
avec ses camarades
de classe

Mettre les élèves
face à des
exigences scolaires

Maintenir le lien
avec l'établissement
scolaire

*L'objectif n'est pas d'assurer l'intégralité du programme, mais d'éviter une rupture de la scolarité.
Il ne s'agit pas non plus d'un service de soutien scolaire.*

4-L'Assistance Pédagogique A Domicile (APAD) - suite



4-L'Assistance Pédagogique A Domicile (APAD) - suite

Qui peut faire la démarche auprès de la DASEN ?

*Toute personne ayant connaissance de
la situation de rupture scolaire :*

la famille

l'établissement
scolaire

les services
médicaux

les services
sociaux

Qui décide ?

Le médecin
conseiller technique
du DASEN

le médecin scolaire
de l'établissement

Prend la décision

au vu du certificat
médical

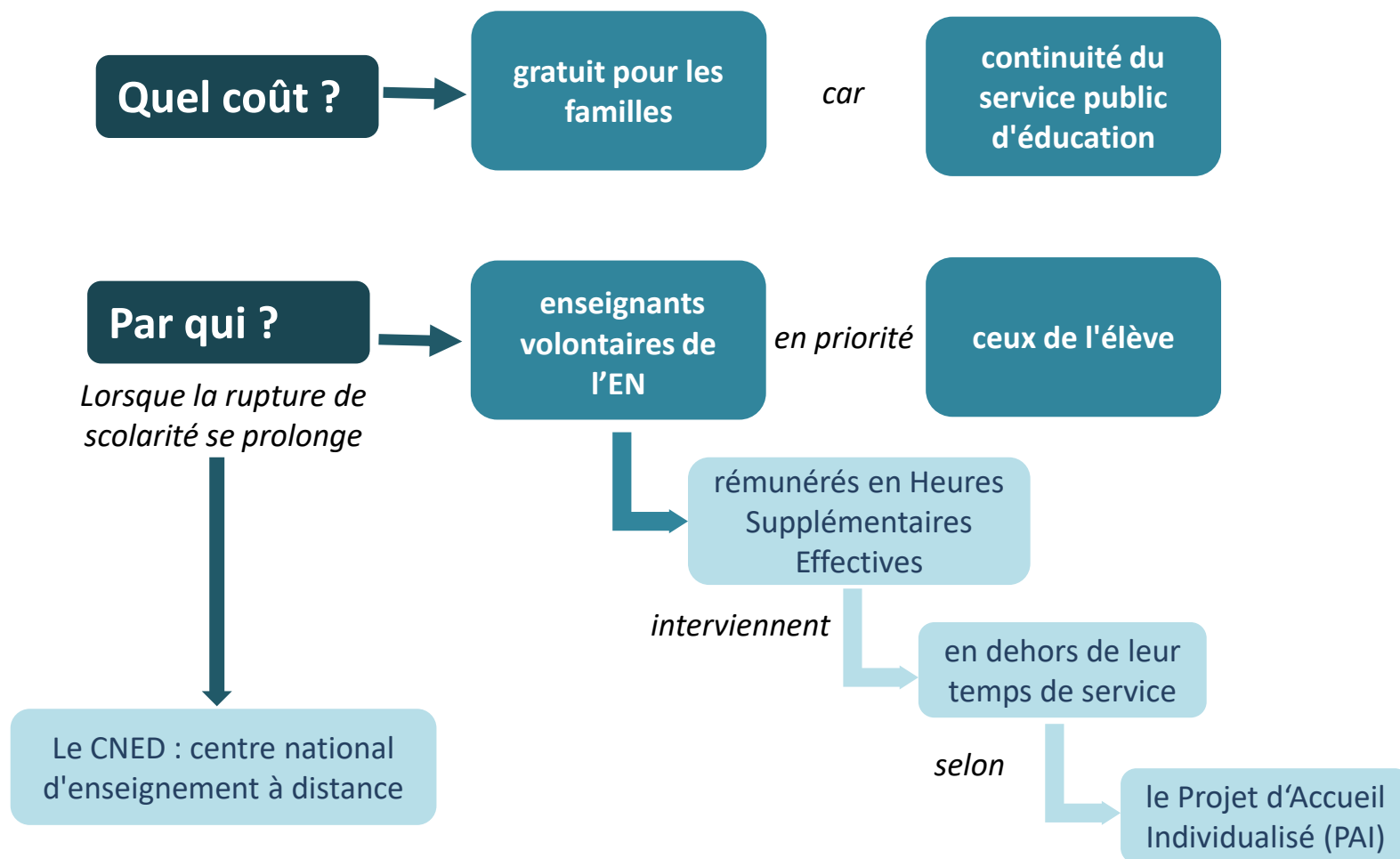
et

de l'état de santé de
l'enfant

Si Oui

Rédaction du PAI
par le médecin de l'EN,
l'infirmière et
l'équipe pédagogique

4-L'Assistance Pédagogique A Domicile (APAD) - suite



Il est souvent rappelé par l'Education Nationale que c'est au sein de l'établissement de l'élève que tout doit être mis en œuvre pour atteindre ces objectifs.



N°15692*01

DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 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 :

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, préciser :

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) : Commune : Pays :

Code postal : Adresse e-mail :

Téléphone :

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, indiquez 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 :

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 :

Annexes 1 - Formulaire de demande MDPH à compléter

A

Votre identité

Renseignements obligatoires

A3

Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH
Vous acceptez que nous contactions 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) :	Représentant légal 1	Représentant légal 2 (le cas échéant)
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 :		

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 :

3/20

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 :

☐ De la personne concernée

☐ De son représentant légal

☐ Des deux parents (pour les mineurs)

Signature :

☐ 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.

Vous recevrez par courrier une réponse à votre demande dans environ

4 Mois

M.D.P.H.

Formulaire de demande

MDPH

Accueil physique :

Accueil téléphonique :

Annexes 1 - Formulaire de demande MDPH à compléter

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

B1 Votre vie quotidienne

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

☐ Autre situation, préciser : _____

Où vivez-vous ?

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

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

☐ Autre situation, préciser : _____

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

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

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

☐ D'une famille d'accueil

☐ Autre situation, préciser : _____

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

☐ Un autre accident, préciser : _____

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

☐ Si oui, auprès de quel organisme : _____

Aide financière et ressources

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

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

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

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

☐ Un revenu d'activité ☐ Des indemnités journalières

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

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

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

☐ Majoration tierce personne ☐ Allocation supplémentaire d'invalidité

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

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

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

Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité

Copie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

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

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

☐ Vous avez demandé une pension de retraite

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

Nom :

Prénom :

5/20

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

☐ Aide technique, matériel ou équipement

☐ Aménagement de logement ☐ Aménagement de véhicule ☐ Aides animalières

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

☐ Autres : _____

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

☐ Votre famille ☐ Professionnel de soins à domicile

☐ Un accompagnement médico-social

☐ Autres : _____

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? ☐ Oui ☐ Non

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

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

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

Frais liés au handicap et restant à charge

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

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

B2 Vos besoins dans la vie quotidienne

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

Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- Si l'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 l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)

☐ Pour prendre les repas

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

☐ Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements

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

☐ Autre besoin, préciser : _____

6/20

Editions AJD – Les différentes aides de la MDPH– MAJ nov. 2019

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

☐ Autre, préciser :

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

.....

.....

Depuis le : / /

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

A 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

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/nuit							

10/20



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



Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante



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

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

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

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

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

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



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

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

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

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

12/20

Annexes 1 - Formulaire de demande MDPH à compléter

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 suite à un accident du travail ou une
maladie professionnelle
☐ Arrêt maladie sans indemnités journalières ☐ 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

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

D2 Votre parcours professionnel

Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

[illegible]

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 :

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...), précisez l'année et l'organisme :

.....

Nom :

Prénom:

15/20

D Votre situation professionnelle

D3 Votre projet professionnel

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

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

[illegible]

Avez-vous besoin d'un soutien pour :

☐ Faire un bilan de vos capacités professionnelles☐ Préciser votre projet professionnel☐ Adapter votre environnement de travail☐ Accéder à un emploi☐ Accéder à une formation

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 :

[illegible]

16/20

E Expression des demandes de droits et prestations

E1 Demandes relatives à la vie quotidienne

Les droits et les prestations délivrés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sont soumis à certaines conditions, notamment liées à l'âge :

Vous avez moins de 20 ans :

- ☐ Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments
- ☐ Prestation de compensation du handicap (PCH)
- ☐ Carte mobilité inclusion - Mention invalidité (le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité
- ☐ Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement
- ☐ Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Vous avez plus de 20 ans :

- ☐ Allocation aux adultes handicapés (AAH). Dans ce cas, compléter également la partie D. La loi prévoit que la MDPH évalue le droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et à l'orientation professionnelle lorsqu'une demande d'AAH est formulée. (Sous certaines conditions, le droit à l'AAH peut être ouvert avant l'âge de 20 ans.)
- ☐ Complément de ressources
- ☐ Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) pour adultes
- ☐ Maintien en établissement ou service médico-social (ESMS) au titre de l'amendement Creton
- ☐ Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (en cas de renouvellement ou de révision)
- ☐ Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) (en cas de renouvellement ou de révision)
- ☐ Prestation de compensation du handicap (PCH)
- ☐ Carte mobilité inclusion - Mention invalidité (le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité
- ☐ Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement
- ☐ Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

E2 Demandes relatives à la vie scolaire

- ☐ Parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social. Préciser éventuellement votre demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom :

Prénom :

17/20

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,
 - accueillis 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

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

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 (épousement, 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

Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin

Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.

Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ?

☐ Oui ☐ Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ?

☐ Oui ☐ Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ?

☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur

certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ou Mme

depuis mon précédent certificat.

Date :

Signature :

* « 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. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

A l'attention du patient

Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

N° d'immatriculation sécurité sociale :

Nom d'usage :

Date de naissance :

N° de dossier auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

A joindre à ce document

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

1. Pathologie motivant la demande

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition :

☐ Congénitale ☐ Maladie ☐ Accident vie privée

☐ Accident du travail ☐ Maladie professionnelle

Date d'apparition :

☐ A la naissance ☐ Depuis moins de un an

☐ Depuis 1 à 5 ans ☐ Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

3. Description clinique actuelle

Poids : Taille :

Latéralité dominante avant handicap : ☐ Droite ☐ Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :

Permanents

Réguliers > 15 j par mois

ponctuel < 15 j par mois

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Précisions :

2/8

58

Editions AJD – Les différentes aides de la MDPH– MAJ nov. 2019

Perspective d'évolution globale :

☐ Stabilité

☐ Incapacité fluctuante

☐ Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)

☐ Aggravation

☐ Evolutivité majeure

☐ Non définie

Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles

En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du cerfa n°15695*01)

Observations :

En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du cerfa n°15695*01)

Observations :

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne. Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

☐ Hospitalisations itératives ou programmées

☐ Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)

☐ Suivi médical spécialisé

☐ Autres

Fréquence

Précisions :

3/8

Prise en charge sanitaire régulière	Fréquence	Suivis pluridisciplinaires :	Modalité de suivi
☐ Ergothérapeute		☐ CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique)	
☐ Infirmière		☐ CMP (Centre Médico Psychologique)	
☐ Kinésithérapeute		☐ CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)	
☐ Orthophoniste		☐ Hôpital de jour	
☐ Orthoptiste		☐ Autre	
☐ Psychologue			
☐ Psychomotricien			
☐ Autre			

Projet thérapeutique :

Type d'appareillage :

Corrections auditives :

☐ Unilatérale

☐ Bilatérale

☐ Appareillage

☐ Implant

Aide à mobilité

☐ Déambulateur

☐ Canne

☐ Orthèse, prothèse (préciser)

☐ Fauteuil roulant électrique

☐ Fauteuil roulant manuel

☐ Autre préciser (Ex : Scooter, ...) :

Appareillage visuel :

☐ Télé-agrandisseur

☐ Terminal-braille

☐ Logiciel de basse vision

☐ Loupe

☐ Logiciel de synthèse vocale

Alimentation / Elimination :

☐ Gastro ou jéjunostomie d'alimentation

☐ Stomie digestive d'élimination

☐ Sonde urinaire

☐ Stomie urinaire

Aides respiratoires :

☐ Trachéotomie

☐ O2

☐ Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole

☐ Prothèse phonatoire

Autre appareillage :

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

4/8

59

Editions AJD – Les différentes aides de la MDPH– MAJ nov. 2019

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques		Fréquence d'utilisation
Cannes	☐ En intérieur ☐ En extérieur	
Déambulateur	☐ En intérieur ☐ En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	☐ En intérieur ☐ En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	☐ En intérieur ☐ En extérieur	
Ralentissement moteur : ☐ Oui ☐ Non		Besoin de pauses : ☐ Oui ☐ Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : ☐ Oui ☐ Non		

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

	A	B	C	D	NSP
Marcher :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Préhension main non dominante :	☐	☐	☐	☐	☐
Motricité fine :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions :

Communication

	A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser le téléphone :	☐	☐	☐	☐	☐
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...) :	☐	☐	☐	☐	☐
Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage	☐ Oui	☐ Non			
Précisions :					



Bilan orthophonique à joindre en cas de troubles du langage oral et écrit avec un retentissement significatif.

Cognition / Capacité cognitive

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

	A	B	C	D	NSP
Orientation dans le temps :	☐	☐	☐	☐	☐
Orientation dans l'espace :	☐	☐	☐	☐	☐
Gestion de la sécurité personnelle :	☐	☐	☐	☐	☐
Maîtrise du comportement :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...) :

☐ Oui ☐ Non

☐ NSP

La personne sait-elle :

☐ Lire

☐ Ecrire

☐ Calculer

☐ NSP

Entretien personnel

Toilette, habillage, continence, alimentation...

	A	B	C	D	NSP
Faire sa toilette :	☐	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller :	☐	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés	☐	☐	☐	☐	☐
Couper ses aliments :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :	☐	☐	☐	☐	☐

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...) :

61

Vie quotidienne et vie domestique

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...

NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

A

B

C

D

NSP

Prendre son traitement médical :	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son suivi des soins :	☐	☐	☐	☐	☐
Faire les courses :	☐	☐	☐	☐	☐
Préparer un repas :	☐	☐	☐	☐	☐
Assurer les tâches ménagères :	☐	☐	☐	☐	☐
Faire des démarches administratives :	☐	☐	☐	☐	☐
Gérer son budget :	☐	☐	☐	☐	☐
Autre (préciser) :					

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale :

☐ Vie familiale

☐ Isolement

☐ Rupture

☐ Autre (préciser)

Présence d'un aidant familial :

☐ Oui

☐ Non

Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?

Quel type d'intervention ?

Précisions :

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

Retentissement sur l'emploi :

Avis du médecin du travail joint (si disponible)

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :

☐ Oui

☐ Non

☐ NSP

Si oui, préciser :

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :

☐ Oui

☐ Non

☐ NSP

Si oui, préciser :

7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

8. Coordonnées et signature

Docteur :		Médecin traitant :	☐ Oui	☐ Non
Identifiant RPPS :		Identifiant ADELJ :		
Adresse postale :				
Téléphone :		Email :		
Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :				
Fait à :				
Signature du médecin		Signature du patient (non obligatoire)		