

Rencontre ARDSS

des 19 et 27 août 2015

MAISON DÉPARTEMENTALE

DES PERSONNES HANDICAPÉES

ARDSS– Intervention E. Louis
Les 19 et 27 août 2015

Programme

- ❖ Introduction
 - ❖ Intervention sur les modalités de dépôt d'une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
-
- ❖ Réponses à vos questions

Introduction :

le handicap, qu'évoque-t-il en général ?

La représentation que la plupart des gens en ont est tout d'abord physique : personne en fauteuil roulant ou se déplaçant à l'aide d'une canne, un déambulateur, accompagnée d'un chien d'assistance ou présentant une atteinte morphologique ou esthétique.

Or, il existe une multitude de déficiences invisibles, en particulier celles d'origine viscérale, sensorielle, intellectuelle ou psychique, qui n'en constituent pas moins un handicap pour la personne qui en est atteinte.

Sommes-nous tous concernés ?

Il est bien rare qu'une personne ne compte pas dans son entourage immédiat un proche en situation de handicap, d'autant que les origines en sont multiples :

- accident de la vie privée (domestique, voie publique),
- accident du travail,
- handicap lié à la naissance,
- résultant d'une maladie ou maladie professionnelle,
- lié au vieillissement et à la perte d'autonomie qui en résulte.

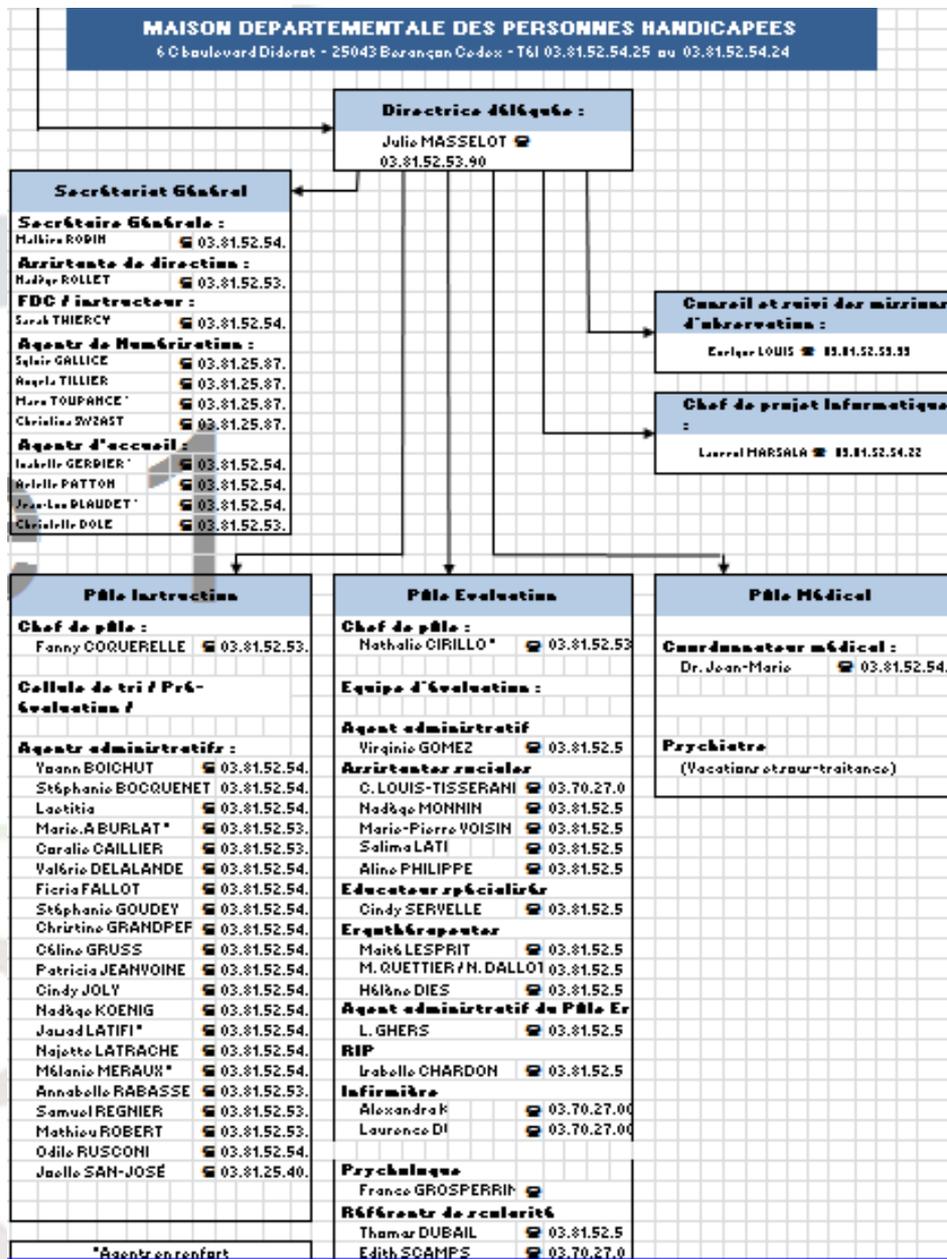
Quelles démarches et comment remplir une demande ?

Qu'il s'agisse d'une première demande ou d'un renouvellement et quel que soit l'âge, les personnes handicapées peuvent solliciter la MDPH pour obtenir une aide.

Comment ?

Toute demande s'effectue par le biais d'un formulaire unique, accompagné d'un certificat médical et de documents complémentaires. Des notices explicatives accompagnent les formulaires pour aider les personnes à les remplir

Organisation de la MDPH



ARDSS- Intervention E. Louis
 Les 19 et 27 août 2015

« Nous sommes là pour vous aider ! »

NOTICE EXPLICATIVE

DU FORMULAIRE DE DEMANDE(S)

auprès de

LA MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (MDPH)

Téléchargeable sur
site internet 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. Veillez à bien indiquer en haut de chaque page les nom et prénom de la personne concernée.

Rappel important →

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

ARDSS– Intervention E. Louis
Les 19 et 27 août 2015

Sous quelle forme ?

Par le biais d'un formulaire de 8 pages, (voir ci-dessous)

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH
cerfa N° 13780*01

Temps de dateur de la MDPH

Réinitialiser Imprimer

Par remplir ce formulaire correctement, vous devez disposer de logiciel Adobe Reader 8 ou supérieur.

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 : Pays : FRANCE
Code postal : _____
Commune : _____
Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____
N° de sécurité sociale ou NIR : _____
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° _____ Extension _____ Type de voie _____ N° de la voie _____
Complément : _____ Code postal _____ Localité _____
Téléphone : _____ Fax : _____
Adresse électronique : _____
Si vous avez été 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)

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

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

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

Données d'état civil
= zone obligatoire

= zone obligatoire

Zone à compléter
si la demande
concerne un enfant
= zone obligatoire

Lieu de vie de la
personne (domicile
ou établissement)

Concerne les personnes sous protection juridique = zone obligatoire

Permet de connaître l'environnement familial et professionnel

■ Nom : _____ ■ Prénom : _____

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme :

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____
Complément _____ Code postal _____ Localité _____
Téléphone : _____ Fax : _____
Adresse électronique : _____

A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____
Complément _____ Code postal _____ Localité _____
Téléphone : _____ Fax : _____
Adresse électronique : _____

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocationnaire : CAF MSA Autre

Nom de l'allocationnaire : _____
Prénom(s) de l'allocationnaire : _____
Nom de l'organisme : _____
Adresse de l'organisme : _____

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____
Complément _____ Code postal _____ Localité _____

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

Vous êtes : Célibataire Marié(e) En couple sans être marié(e) Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : Nombre d'enfants à charge :

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

Nom de naissance : _____ Prénom(s) : _____ Date de naissance : _____

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

Saliarié(e) y compris apprentissage depuis le : _____ Vous _____ Votre conjoint

Type de contrat : _____ CDI CDD Apprentissage CDI CDD Apprentissage

Date de début du contrat : _____

Date de fin du contrat : _____

en milieu protégé ESAT depuis le : _____

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

Concerne les enfants placés

Permet de savoir quel organisme informer d'une attribution d'Allocation pour Adulte Handicapé ou d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

Coordonnées
employeur ou
organisme de
formation
obligatoires

Nom : _____ Prénom (s) : _____

	Vous	Votre conjoint
<input type="checkbox"/> Stagiaire de la formation professionnelle depuis le : Le stage est-il rémunéré ? Nom de votre employeur : ou organisme de formation Adresse de votre employeur : ou organisme de formation	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
N° et Rue : Complément d'adresse : Code postal : Commune :	N° Nom de la voie Complément Code postal Localité	N° Nom de la voie Complément Code postal Localité
Téléphone de votre employeur :		
<input type="checkbox"/> Non salarié(e) depuis le : y compris exploitant agricole, prof. Libérale Précisez à quel régime vous cotisez :		
<input type="checkbox"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le : Indemnisé(e) depuis le :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="checkbox"/> Retraité(e) depuis le : Recevez-vous l'Allocation supplémentaire Personne Agée ? Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'une pension depuis le : Catégorie de la pension d'invalidité : Rente accident du travail : Recevez-vous l'Allocation supplémentaire d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="checkbox"/> Autre : (Artiste, résident, étudiant, bénéficiaire FMI, AMH...) Précisez :		

A8 - Autre situation de la personne concernée

Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social
 Vous êtes hospitalisé(e)
 Autres cas, précisez : _____

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : _____

N°	Extension	Type de voie	Nom de la voie
Complément			
		Code postal	Localité

A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

Locataire, sous-locataire ou co-locataire
 Propriétaire ou accédant à la propriété
 Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
 Autres cas, précisez : _____

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

■ Nom : _____

■ Prénom (s) : _____

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

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment. Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation. Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...
Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement.
Langue française avec ou sans LPC (Langue française Perilée Compétitive) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

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

→ Zone projet de vie

Le projet de vie mentionne les besoins, aspirations et souhaits de la personne handicapée. Il est de forme libre. Son contenu peut être bref ou détaillé, il est facultatif, il doit être pris en compte dès qu'il est exprimé. Il reste distinct de l'évaluation (= analyse de la situation), il éclaire la demande formulée, mais ne constitue pas une injonction pour la MDPH. Il n'est en effet pas possible de déroger aux textes réglementaires ou d'apporter une réponse irréaliste ou inadéquate.

- Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins
 Je ne souhaite pas m'exprimer

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

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

La MDPH peut apporter une aide au remplissage du projet de vie

Droit d'option : Un bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne peut demander la PCH. Selon le comparatif établi par la MDPH, il pourra conserver l'ACTP ou opter pour la PCH. Dans ce cas, le choix sera définitif

Nom : _____ Prénom (s) : _____

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'AEEH (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 - 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 animale
Précisez : _____

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

- Nom : _____
- Adresse : _____
- N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____
- Complément _____ Code postal _____ Localité _____
- Date de naissance : _____ Lien de parenté : _____
- La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

Espace réservé
 P 1110601 G
 DMDPH

Portée sur la carte d'invalidité d'un enfant ouvrant droit à un complément d'AEEH de 4 à 6 ou d'un adulte bénéficiaire d'une PCH aide humaine, d'une ACTP, d'une Majoration Tierce Personne, d'une pension d'invalidité 3^{ème} catégorie ou d'une Aide Personnalisée à l'Autonomie

Toilette, habillage, prise des repas...

Fauteuil roulant, prothèses auditives...

Pose d'une douche, de flashes lumineux...

Protections à usage unique, réparations de matériel...

Concerne la personne qui s'occupe d'un enfant ou adulte handicapé vivant au domicile

Aménagement de l'accessibilité ou du poste de conduite

Frais d'entretien d'un chien-guide ou d'assistance agréé

■ Nom : _____ ■ Prénom (s) : _____

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

Allocation aux Adultes Handicapés - AAH Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

un revenu d'activité
du : _____ au : _____

un revenu issu d'une activité en ESAT
du : _____ au : _____

des Indemnités Journalières de la Sécurité sociale
du : _____ au : _____

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

L'indication des revenus permet à l'organisme de prestations familiales d'étudier les droits à versement de l'allocation

I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH

Prime de reclassement

Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)

Orientation / Reclassement : Formation

Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)

Milieu protégé (ESAT)

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

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :

Un accueil de jour Précisez : _____

Un hébergement de nuit Précisez : _____

Un hébergement permanent Précisez : _____

Un accompagnement Précisez : _____

Autres (accueils temporaires ...) Précisez : _____

Quelle orientation souhaitez-vous ?

Un accueil de jour (CAJ, ...)

Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)

Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)

Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)

Autres (accueils temporaires ...)

Date d'entrée souhaitée :

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

Nom : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

Nom : _____ Prénom (s) : _____

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 handicapé" ;
- ▶ la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapé ;
- ▶ 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

A cocher si vous souhaitez être reçu(e) par la CDAPH

Fait à : _____

Le : _____

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus

Je suis : la personne concernée ou son représentant légal

« Quelqu'un 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 136-1 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.

Poursuivre ma démarche

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

Quelles informations médicales ?

Comme pour le formulaire de demande, le certificat médical s'accompagne d'une notice de remplissage pour le médecin traitant

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

Téléchargeable sur
site internet MDPH

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



Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et de la ville

Certificat médical

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

Confidentiel

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)

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)

A n'utiliser qu'en cas de renouvellement de dossier et lorsque l'état de santé, les capacités fonctionnelles n'ont pas subi de modifications substantielles et significatives.

Ne pas signaler un fait nouveau risquerait d'empêcher l'accès à un nouveau droit

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 améliorations 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 :

2/4

← La connaissance du diagnostic permet à l'évaluateur d'avoir des informations sur la durée prévisible des incapacités, les traitements et leurs effets secondaires

→ Pour les atteintes auditives et visuelles, un descriptif de spécialiste est obligatoire : audiogramme, certificat ophtalmologique (chargeable sur site internet MDPH)

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)

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 jejunostomie d'alimentation
 Trachéotomie
 Appareil de ventilation (préciser) O₂
 Autre(s) appareillage(s) (préciser)

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, contrainte 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'exécution, comportement, orientation dans le temps ou l'espace... Orientation dans le temps
 Orientation dans l'espace

Les volets 3 et 4 servent à décrire les conséquences de l'état de santé d'une personne handicapée sur ses activités individuelles et sa participation à la vie sociale. Ces informations sont essentielles à une prise en compte globale des besoins de la personne pour lesquels la MDPH pourra proposer des éléments de compensation pertinents. Les préconisations et observations permettent au médecin de faire part à la MDPH de son avis sur les mesures utiles à l'amélioration de la situation de son patient, ce qui permettra à la MDPH de personnaliser sa réponse

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, habilage, 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

4/4

RAPPEL : pas de surcharge par la personne handicapée (elle n'est pas autorisée à porter des mentions écrites sur le certificat médical) = fraude passible de poursuites

Comporte les avis et remarques du médecin sur les mesures utiles pour améliorer la situation de la personne concernée par la demande

Signature et cachet sont essentiels pour attester de la validité du certificat médical

Quelques indicateurs d'activité

13 897 dossiers déposés en 2014 (dont 5 078 pour les enfants), soit
35 098 demandes (dont 10 664 concernent les enfants)

Délai de traitement : 115 jours

29 514 décisions prises en 2014 (dont 4 371 pour les enfants)

4 694 avis de carte européenne de stationnement prises en 2014 (dont
219 pour les enfants)

Groupe 1 : réponses à vos questions

Question : pourquoi les délais de prestation de compensation sont aussi longs (environ plus de 6 mois) ?

Réponse : tout ce qui concerne les aménagements de logement, du véhicule ou l'acquisition d'aides techniques demande du temps aux évaluateurs :

pour le logement : plan de l'existant, plan du projet, étude de faisabilité (en tenant compte des contraintes techniques), recherche des devis, des entreprises...

Pour l'aménagement du véhicule et l'acquisition des aides techniques : recherche des équipements disponibles, périodes d'essai nécessaires avant le choix définitif pour une compensation adéquate

Question : Faut-il toujours passer par une MDPH ou bien peut-on faire une demande de dossier en ligne ?

Réponse : il est possible de télécharger les formulaires sur le site internet de la MDPH. Cependant, le formulaire doit être signé par la personne avant d'être transmis à la MDPH et le certificat médical doit aussi comporter la signature et le tampon du médecin traitant. Il n'est donc pas possible de déposer une demande en ligne. Vous pouvez toutefois adresser votre demande par mail à la MDPH (formulaire et certificat médical en pièce jointe à votre message).

J'attire toutefois votre attention sur le fait que les envois par messagerie ne sont pas toujours sécurisés (https) et que le certificat médical contient des données personnelles confidentielles.

Question : En cas de cophose pour une oreille associée à une surdité profonde de l'autre oreille, quelle prise en charge de la MDPH sur les implants cochléaires ?

Réponse : pour les aides techniques, lorsqu'un matériel bénéficie d'un code LPPR (c'est-à-dire d'un remboursement de sécurité sociale au titre des produits et prestations remboursables) ou d'une norme Iso 9999, il doit aussi figurer dans l'arrêté qui fixe les tarifs PCH. Si l'aide technique n'est pas nommée dans cette nomenclature, il n'y a pas de versement de PCH (c'est le cas de la partie interne des implants cochléaires). En règle générale, il n'existe pas d'attribution de PCH pour les implants (mammaire, cochléaire) et les prothèses internes (genou, hanche, épaule).

Question : une personne vivant seule sans internet s'est vue refuser le forfait surdité, alors que cette aide lui permettrait de prendre une personne pour l'aider à communiquer. Y a-t'il un recours possible ?

Réponse : pour pouvoir bénéficier d'un forfait surdité, la personne doit justifier d'une perte auditive moyenne d'au moins 70 décibels et devoir faire appel à une interface pour communiquer (c'est-à-dire qu'elle s'adresse à une personne physique, sans qu'il soit nécessaire que ce soit un traducteur professionnel en langue des signes ou en Langage Parlé Complété pour l'aider dans ses démarches de la vie quotidienne).

Question : quelles modifications récentes pour la retraite des personnes handicapées ?

Réponse : peuvent bénéficier d'un départ anticipé à la retraite les personnes qui présentent un taux d'incapacité d'au moins 50 % prononcé par la CDAPH ou si elles ont été reconnues travailleur handicapé avant le 31 décembre 2015, à condition de justifier d'une certaine durée d'assurance vieillesse :

Conditions d'assurance vieillesse (totale et cotisée) à respecter, depuis que le handicap est reconnu, en fonction de l'année de naissance et de l'âge minimum de départ à la retraite envisagé

Année de naissance	Âge de départ à la retraite envisagé (minimum)	Durée totale d'assurance (en trimestres)	Durée d'assurance cotisée (en trimestres)
1953 ou 1954	59 ans	85	65
	57 ans	106	86
1955, 1956 ou 1957	58 ans	96	76
	59 ans	86	66
	55 ans	127	107
	56 ans	117	97
1958, 1959 ou 1960	57 ans	107	87
	58 ans	97	77
	59 ans	87	67
	55 ans	128	108
	56 ans	118	98
1961, 1962 ou 1963	57 ans	108	88
	58 ans	98	78
	59 ans	88	68

Question : Ma perte auditive moyenne est d'au moins 70 décibels, j'essaie de lire sur les lèvres et me débrouille comme je peux, mais j'ai de plus en plus de mal avec mes rendez-vous. Dois-je faire appel à une aide humaine rémunérée pour prétendre au forfait surdité, même ponctuellement ?

Réponse : Selon la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie, l'une des conditions posées par l'article D245-9 du Code de l'Action Sociale et de Familles est celle du recours à une communication adaptée nécessitant une aide humaine.

Cet article n'exige pas le recours à un aidant professionnel ou une personne diplômée en Langue des Signes Française ou LPC. Il en résulte que l'aidant qui sait écrire, bien que ne maîtrisant ni la LSF ni le LPC peut tout-à-fait assurer une transcription écrite ou orale et que la personne sourde bénéficiant de son aide remplit bien la seconde condition pour l'accès au forfait (qui, je le rappelle est équivalent à 30 heures par mois au tarif de l'emploi direct).

Cependant, lorsqu'un forfait surdité est attribué par une CDAPH, le Conseil Départemental peut en refuser le versement, si à l'occasion d'un contrôle d'effectivité, il constate que la personne se débrouille absolument seule pour ses démarches.

Question : Que faut-il mettre dans la page « expression des attentes et besoins de la personne » (projet de vie) ?

Réponse : vos besoins et les réponses auxquelles vous aspirez
(cadre de vie, aspirations professionnelles, besoins en aide humaine, techniques, souhaits d'aménagement du logement, du véhicule, des conditions de travail, d'accès aux loisirs...)

MAISON DÉPARTEMENTALE

DES PERSONNES HANDICAPÉES

Groupe 2 : réponses à vos questions

Question : comment prend on en compte les pertes auditives dans le Doubs ? Quelle appréciation de communication très difficile ? Quelle aide au remplissage du dossier est prévue ? Un détecteur simple couplé à un système d'alarme est-il préférable à un détecteur pour malentendant ?

Réponse : pour ouvrir droit aux aides techniques, la personne malentendante doit justifier d'une perte auditive moyenne d'au moins 40 décibels dans le Doubs. Pour le forfait surdité, la perte auditive doit être d'au moins 70 décibels et la personne doit avoir recours à une communication adaptée nécessitant une aide humaine.

Une aide au remplissage du formulaire est possible à l'accueil de la MDPH et des pôles handicap et dépendance de Besançon, Pontarlier et Montbéliard. Les travailleurs sociaux des Centre Médico-Sociaux et Centres Communaux d'Action Sociale peut également apporter leur aide.

Le choix du système d'alarme est personnalisé selon les besoins de la personne, l'évaluation et les préconisations de l'ergothérapeute qui intervient au domicile de la personne malentendante

Question : ma Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé arrive à échéance à la date de mon départ en retraite ? Est-ce utile de demander sa prolongation pour une reprise éventuelle d'activité salariée temporaire ?

Réponse : Pour éviter toute démarche inutile et contraignante (pour vous et la MDPH), mieux vaut refaire une demande de RQTH lorsque votre projet de reprise d'activité pendant votre retraite est clairement défini. Cela vous permettra de pouvoir bénéficier des aides liées à cette RQTH, comme un aménagement de poste ou d'horaires par exemple.

A savoir : Une reprise d'activité pour un retraité ne lui permet pas de valider de trimestres complémentaires, ni de revaloriser sa pension.

Question : j'ai 65 ans et la MDPH a rejeté ma demande de compensation car mon degré d'infirmité n'est pas suffisamment déclaré avant 60 ans et je n'ai pas de taux d'invalidité de 80 %. Puis-je prétendre à un dédommagement ?

Réponse : pour bénéficier de la PCH, la personne de plus de 60 ans doit remplir les conditions d'éligibilité avant 60 ans (Perte Auditive Moyenne d'au moins 40 décibels pour les aides techniques, de 70 décibels pour le forfait surdité) et en apporter la preuve, ou continuer d'exercer une activité professionnelle ou bénéficier d'une ACTP. Si ce n'est pas le cas, vous pouvez prétendre à une APA (pour les Groupes Iso Ressources 1 à 4)

Pour les autres droits, comme les cartes, il n'y a pas de conditions d'âge : la carte d'invalidité est attribuée aux personnes justifiant d'un taux d'incapacité d'au moins 80 % ou d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie, la carte priorité est attribuée aux personnes présentant une station debout pénible, la carte européenne de stationnement est attribuée aux personnes dont les capacités à se déplacer à pied sont effectivement réduites du fait du handicap.

Les audioprothèses bénéficient d'un remboursement sécurité sociale et mutuelle dès lors qu'elles sont prescrites.

Le taux d'incapacité est déterminé, d'après un audiogramme, par un guide barème :

	20 à 39 dB	40 à 49 dB	50 à 59 dB	60 à 69 dB	70 à 79 dB	80 dB et au-dessus
Moins de 20 dB	0	5	10	15	20	20
20 à 39 dB	5	10	15	20	25	30
40 à 49 dB	10	15	25	30	35	40
50 à 59 dB	15	25	35	40	50	55
60 à 69 dB	20	30	40	50	60	70
70 à 79 dB	25	35	50	60	70	75
80 dB et au-dessus	30	40	55	70	75	80

Question : Comment aménager le temps d'attente entre le dépôt de dossier et la réponse ?

Réponse : la MDPH dispose d'un délai de 4 mois pour répondre à une demande selon le schéma suivant :



Ce délai peut être suspendu (attente de pièces, bilans, préconisations) et donc dépasser les 4 mois (en particulier pour l'aménagement d'un logement)

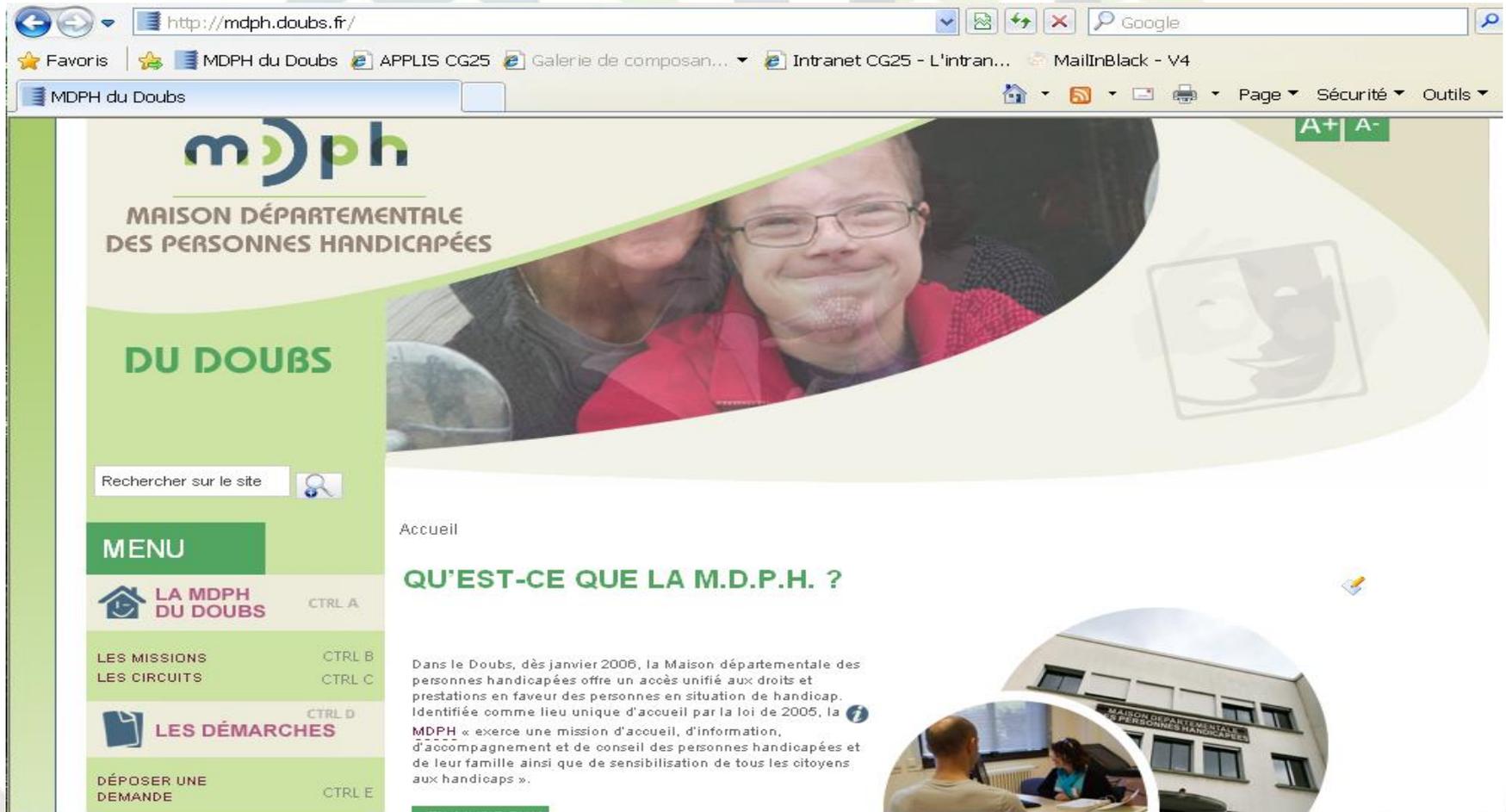
Question : j'ai déposé à la MDPH13 un dossier et je dois recevoir une réponse dans les 8 mois. Un délai si long est-il normal ?

Réponse : non, mais c'est courant. Le délai légal est de 4 mois, mais beaucoup de MDPH ne disposent pas des ressources humaines suffisantes pour mener à bien l'instruction des dossiers et respecter le délai. C'est notamment le cas pour les équipes pluridisciplinaires d'évaluation au regard de la pauvreté du personnel médical disponible (il est très difficile pour une MDPH de recruter un médecin)

Glossaire des sigles employés

AAH :	allocation pour adulte handicapé	LSF :	langue des signes française
ACTP :	allocation compensatrice tierce personne	MDPH :	maison départementale des personnes handicapées
AEEH :	allocation d'éducation de l'enfant handicapé	MTP :	majoration tierce personne
APA :	aide personnalisée à l'autonomie	PAM :	perte auditive moyenne
CASF :	code de l'action sociale et des familles	PCH :	prestation de compensation du handicap
CCAS :	centre communal d'action sociale	PHD :	pôle handicap et dépendance
CDAPH :	commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	RQTH :	reconnaissance en qualité de travailleur handicapé
CMS :	centre médico-social		
CNSA :	caisse nationale de solidarité et de l'autonomie		
GIR :	groupe iso-ressources		
LPC :	langage parlé complété		
LPPR :	liste des produits et prestations remboursables		

La MDPH en ligne depuis début mai 2013



The screenshot shows a web browser window displaying the homepage of the Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) du Doubs. The browser's address bar shows the URL <http://mdph.doubs.fr/>. The page features a green and white color scheme. At the top left, the logo 'mdph' is displayed above the text 'MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU DOUBS'. A large, semi-circular photograph of a smiling man with glasses is prominent on the right side. Below the logo, there is a search bar with the placeholder text 'Rechercher sur le site'. A navigation menu is located on the left side, listing 'LA MDPH DU DOUBS', 'LES MISSIONS', 'LES CIRCUITS', 'LES DÉMARCHES', and 'DÉPOSER UNE DEMANDE'. The main content area on the right includes the heading 'Accueil' and a section titled 'QU'EST-CE QUE LA M.D.P.H. ?' with a sub-heading 'Dans le Doubs, dès janvier 2006, la Maison départementale des personnes handicapées offre un accès unifié aux droits et prestations en faveur des personnes en situation de handicap. Identifiée comme lieu unique d'accueil par la loi de 2005, la MDPH exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps.' Below this text, there are two circular images: one showing a person working at a computer and another showing the exterior of the MDPH building.

ARDSS– Intervention E. Louis
Les 19 et 27 août 2015

Un accès personnalisé au dossier individuel



The screenshot shows a web browser window with the URL <https://mondossiermdph.doubs.fr/>. The page features the MDPH logo and the text "MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES". Below this, it says "Mon suivi de dossier" and "Portail Usagers de la MDPH du Doubs". The login form includes fields for "Mon identifiant", "Mon mot de passe", and "Mes jour et mois de naissance" (with an example: "pour une naissance le 03 juillet, saisir 0307"). A green "Valider" button and a link for "Mot de passe oublié" are also present. At the bottom, there are links for "Mentions légales", "Consultez notre site internet", and "Ecrivez-nous", along with the "Le Doubs CONSEIL GÉNÉRAL" logo.

<https://mondossiermdph.doubs.fr/>

mdph
MAISON DÉPARTEMENTALE
DES PERSONNES HANDICAPÉES

Mon suivi de dossier

Portail Usagers de la MDPH du Doubs

Mon identifiant

Mon mot de passe

Mes jour et mois de naissance
(exemple : pour une naissance le 03 juillet, saisir 0307)

Valider

[Mot de passe oublié](#)

Mentions légales [Consultez notre site internet](#) [Ecrivez-nous](#)

Le Doubs
CONSEIL GÉNÉRAL

ARDSS– Intervention E. Louis
Les 19 et 27 août 2015

Contact à partir du 22 septembre 2015

MDPH

13-15 rue de la Préfecture

25000 BESANCON

Tél. accueil public : 03.81.25.90.00

Fax. : 03.81.25.90.01

Mail: contact@mdph.doubs.fr