



NOTICE EXPLICATIVE

Comprendre et bien remplir le formulaire de demande à la MDPH enfant - adulte



À conserver par le demandeur

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Le formulaire MDPH est destiné à toute personne – adulte ou enfant – en situation de handicap. Il permet de formuler une demande d'aides : allocations, carte de mobilité, orientation scolaire ou professionnelle, aide humaine, etc.

 **Trois situations pour déposer une demande :**

- Première demande
- Renouvellement (à faire 6 mois avant la fin de vos droits)
- Réexamen (si changement de situation)

 **Qui remplit ?**

Le demandeur majeur, ou le représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés.

 **Où l'envoyer ?**

À la MDPH de votre département, par courrier recommandé ou dépôt en main propre contre récépissé.

 **Ne pas oublier :**

- La signature à la page 4
- Le certificat médical de moins de 6 mois
- Les justificatifs (voir partie 4)

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



À QUEL MOMENT DÉPOSER VOTRE DEMANDE ?

→ Quand faire la demande ?

- ✓ À tout moment en cas de nouvelle situation
- ✓ 6 mois avant l'échéance de vos droits en cas de renouvellement
- ✓ En cas d'évolution importante (aggravation, nouvelles difficultés)

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

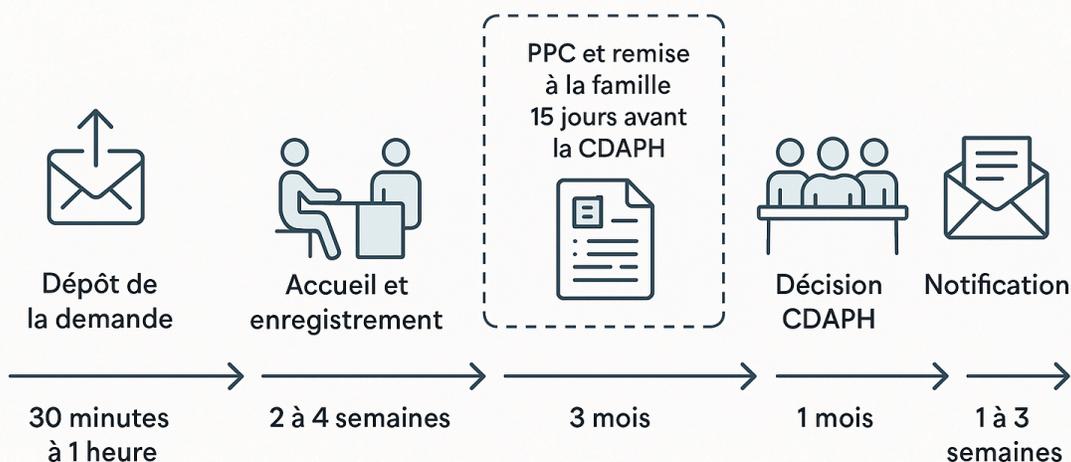
Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



COMMENT EST TRAITÉE LA DEMANDE ?

Le circuit de la demande MDPH



1. Dépôt du dossier à la MDPH
2. Accusé de dépôt immédiatement sur place en cas de dépôt en mains propres. Sous 15 jours trois semaines vous recevrez l'accusé de réception de recevabilité par voie postale. Le délai court à partir de cette date.
3. Analyse par l'équipe pluridisciplinaire (médecin, travailleur social, etc.)
4. Envoi éventuel d'un Plan Personnalisé de Compensation (PPC) → envoi et réponse dans les 15 jours avant la la CDAPH
5. Décision CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie)
6. Notification envoyée par courrier avec possibilité de recours



Délais indicatifs :

- Accusé de réception sous 15 jours à 1 mois
- Décision en général dans un délai de 4 mois (2 mois pour un RAPO ou un renouvellement).

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Au-delà de ces délais, vous pouvez contacter le service instructeur de votre MDPH pour les relancer et vous pouvez aussi lancer un RAPO pour refus implicite.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

 Obligatoires dans tous les cas :

-  Le formulaire Cerfa n°15692*01 complété et signé
-  Un certificat médical MDPH de moins de 6 mois
-  Une photocopie recto-verso d'une pièce d'identité du demandeur
-  Un justificatif de domicile
-  Si représentant légal : pièce d'identité et jugement de tutelle/délégation

 En fonction de la demande :

-  Jugement de protection juridique (si curatelle/tutelle)
-  Bulletin scolaire, GEVASco, bilans médicaux ou paramédicaux, etc.
-  Contrat de travail, attestation d'aidant, devis d'aménagement

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



GLOSSAIRE DES AIDES ET DROITS POSSIBLES

→ Les cartes

Voici le **tableau récapitulatif clair et structuré** des trois **Cartes Mobilité Inclusion (CMI)** avec leur utilité et les conditions d'accès :

Carte Mobilité Inclusion (CMI)	Qu'est-ce que c'est ?	Qui peut en bénéficier ?
 CMI – Priorité	Donne droit à une priorité : - dans les transports en commun - dans les files d'attente - dans les espaces et salles d'attente - dans les établissements recevant du public	- Personne ayant un taux d'incapacité < 80 % ET - Dont le handicap rend la station debout pénible
 CMI – Invalidité	Donne les mêmes droits que la CMI Priorité + - Avantages fiscaux (ex. : demi-part supplémentaire, exonérations) - Réductions tarifaires (SNCF, musées, etc.) Peut porter la mention "besoin d'accompagnement" si une aide humaine est reconnue	- Personne avec un taux d'incapacité ≥ 80 % OU - Titulaire d'une pension d'invalidité 3e catégorie

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



 CMI Stationnement	- Donne droit à l'usage : - des places de stationnement réservées - sur tout le territoire de l'UE , gratuitement	- Personne dont le handicap : → réduit la capacité de déplacement à pied OU → nécessite l'accompagnement d'une tierce personne
--	--	--

→ Allocations et prestations financières

Voici le **tableau récapitulatif des allocations et prestations financières** liées au handicap, dans un format clair et structuré :

Nom de l'aide	Qu'est-ce que c'est ?	Qui peut en bénéficier ?
Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)	Revenu d'existence assuré par l'État pour faire face aux dépenses courantes. Peut être complété par le complément de ressources.	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'incapacité ≥ 80 %, ou • Taux de 50 à 79 % et restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi. • La MDPH statue, la CAF ou MSA verse. RQTH et employabilité examinées.
Complément de ressources <i>(supprimé pour les nouveaux droits depuis 2019 mais maintenu pour les anciens bénéficiaires)</i>	Allocation forfaitaire complémentaire à l'AAH pour compenser l'absence totale de revenus d'activité.	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'incapacité ≥ 80 % • Capacité de travail < 5 % • Non cumulable avec la majoration pour la vie autonome.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	Aide financière pour compenser la perte d'autonomie (aide humaine, technique, logement, véhicule, transport, dépenses spécifiques ou exceptionnelles, animal).	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté <i>absolue</i> pour 1 activité essentielle OU • Difficulté <i>grave</i> pour 2 activités essentielles • Si critères remplis avant 60 ans, droit maintenu après 60 ans • Parents d'enfants < 7 ans inclus.
Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)	Allocation pour compenser les frais d'éducation et de soins d'un enfant en situation de handicap. Complément possible selon les besoins (catégorie 1 à 6).	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant de moins de 20 ans avec un taux d'incapacité : <ul style="list-style-type: none"> – ≥ 80 % – ou 50–79 % et soins ou établissement/dispositif adapté.

→ Orientations professionnelles et en structure médicosociale

Voici le **tableau récapitulatif clair et structuré des orientations professionnelles et en structure médico-sociale**

Dispositif	Qu'est-ce que c'est ?	Qui peut en bénéficier ?
Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)	Statut permettant de bénéficier de mesures d'accompagnement vers et dans l'emploi (adaptation du poste, accès prioritaire à certaines formations, accompagnement par Cap Emploi, etc.). Peut conduire à	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne dont le handicap réduit significativement l'accès à l'emploi ou la capacité à le conserver. • Peut ouvrir droit à une orientation professionnelle, une formation en CRP ou une

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



	une orientation vers : – le milieu ordinaire de travail – ou le milieu protégé (ESAT).	prime de reclassement (via AGEFIPH/FIPHFP).
Orientation professionnelle (vers CRP, emploi, formation, ESAT...)	Parcours vers un emploi adapté, une formation qualifiante ou un stage de réinsertion professionnelle. L'objectif est de faciliter l'insertion ou le maintien dans l'emploi.	<ul style="list-style-type: none"> • Personne avec une RQTH • Ayant besoin d'adaptation professionnelle ou d'un encadrement spécifique.
Orientation en structure médico-sociale (IME, ITEP, MAS, FAM, SESSAD, etc.)	Orientation vers une structure adaptée pour répondre aux besoins éducatifs, médicaux, sociaux ou de soins liés au handicap (accompagnement à domicile ou en internat/semi-internat).	<ul style="list-style-type: none"> • Toute personne (enfant ou adulte) dont le handicap nécessite une prise en charge spécifique : éducation spécialisée, soins continus, aide à l'autonomie, soutien psychologique, encadrement éducatif, etc.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



→ Orientations scolaires et en structure médicosociale

Voici le **tableau récapitulatif structuré** des **orientations scolaires et en structure médico-sociale** :

Dispositif	Qu'est-ce que c'est ?	Qui peut en bénéficier ?
Parcours de scolarisation en milieu ordinaire avec ou sans accompagnement	La scolarisation peut être assurée dans une école, un collège ou un lycée « classiques », avec des aides spécifiques selon les besoins : <ul style="list-style-type: none"> – aménagements pédagogiques – matériel pédagogique adapté – aide humaine (AESH) – accompagnement par un SESSAD – transport scolaire adapté 	<ul style="list-style-type: none"> • Tout enfant ou adolescent soumis à l'obligation scolaire • Ayant un handicap nécessitant une compensation éducative, pédagogique, humaine ou matérielle.
Dispositif ULIS (école, collège, lycée)	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire : dispositif collectif avec enseignement adapté et inclusion dans les classes ordinaires selon les capacités de l'élève.	<ul style="list-style-type: none"> • Élève en situation de handicap, reconnu par la MDPH • Nécessitant un enseignement adapté tout en bénéficiant d'une scolarisation en milieu ordinaire.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



<p>SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté) / EREA</p>	<p>Dispositifs scolaires adaptés pour les collégiens ayant des grandes difficultés scolaires liées à un trouble ou un retard cognitif. Permettent un enseignement adapté et un accompagnement vers une formation professionnelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élèves avec troubles des apprentissages persistants ou difficultés d'adaptation au collège classique, souvent associés à un handicap.
<p>Scolarisation en structure médico-sociale (IME, ITEP, IEM, CEM, etc.)</p>	<p>Scolarisation avec prise en charge éducative, thérapeutique et sociale dans une structure spécialisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – IME : instituts médico-éducatifs – ITEP : troubles du comportement – IEM/CEM : troubles moteurs – Instituts sensoriels : troubles auditifs/visuels <ul style="list-style-type: none"> – établissements pour polyhandicap 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant/adolescent dont le handicap nécessite un encadrement pluridisciplinaire (soins, éducation spécialisée, rééducation), en internat, semi-internat ou ambulatoire.
<p>Matériel pédagogique, transport scolaire, aménagements aux examens</p>	<p>Demandes spécifiques à faire auprès de l'établissement ou via le PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation). Ces aides complètent la scolarisation en milieu ordinaire ou en dispositif adapté.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tout élève reconnu en situation de handicap par la MDPH <ul style="list-style-type: none"> • Avec un besoin identifié pour compenser son handicap dans le cadre scolaire (mobilité, écriture, concentration, communication, examens, etc.).

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Les formulaires de demande de matériel pédagogique adapté, d'aménagements pour les examens ou de transport scolaire pour les élèves en situation de handicap doivent être retirés directement auprès de l'établissement scolaire fréquenté par l'élève.

→ Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse

Voici le **tableau récapitulatif** sur l'**affiliation gratuite à l'assurance vieillesse pour les aidants familiaux** :

Dispositif	Qu'est-ce que c'est ?	Qui peut en bénéficier ?
Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse	Permet de valider des trimestres de retraite sans exercer d'activité professionnelle. Cette affiliation gratuite garantit une continuité de droits à la retraite pour les parents ou proches aidants ayant cessé ou réduit leur activité.	<ul style="list-style-type: none"> • Parent ou proche aidant d'un adulte handicapé • L'adulte handicapé doit : <ul style="list-style-type: none"> – vivre au foyer familial – avoir un taux d'incapacité ≥ 80 % – nécessiter la présence permanente de l'aidant • Sous conditions de ressources • Un lien familial est exigé.

→ Glossaire

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Sigle / Terme	Définition / Rôle
AGEFIPH	<i>Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées</i> : Partenaire des politiques publiques, elle développe l'emploi des personnes handicapées dans le secteur privé.
APA	<i>Allocation Personnalisée d'Autonomie</i> : Aide versée par le département aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie nécessitant une aide pour les actes essentiels de la vie ou une surveillance régulière.
ASPA	<i>Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées</i> : Aide destinée aux retraités disposant de faibles ressources. Versée par la Carsat ou la MSA.
Cap Emploi	Organisme spécialisé dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans les entreprises privées ou publiques.
ESAT	<i>Établissements et Services d'Aide par le Travail</i> : Structures de travail protégé pour les personnes en situation de handicap ne pouvant pas travailler en milieu ordinaire. Orientation décidée par la CDAPH.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



FIPHFP	<i>Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique</i> : Encourage l'inclusion professionnelle dans les trois fonctions publiques et finance la formation des agents.
Mission locale	Structure d'accompagnement des jeunes de 16 à 25 ans pour leur insertion professionnelle et sociale.
PCPE	<i>Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées</i> : Dispositif souple qui permet de construire un accompagnement personnalisé pour éviter les ruptures de parcours, à tout âge.
RSA	<i>Revenu de Solidarité Active</i> : Minimum social pour les personnes sans activité ou ayant de faibles ressources, avec un accompagnement vers l'emploi.
SSEFIS	<i>Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire</i> : SESSAD spécialisé dans l'accompagnement des enfants déficients auditifs à partir de 3 ans.
MVA	<i>Majoration pour la Vie Autonome</i> : Aide financière complémentaire à l'AAH pour les personnes handicapées vivant dans un logement indépendant. Elle est instruite et payée par la CAF.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



RUBRIQUES du formulaire MDPH de A à F

A Votre identité	Renseignements obligatoires	p. 2 à 4 Enfant et adulte Obligatoire
B Votre vie quotidienne	Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée	p. 5 à 8 Enfant et adulte Obligatoire Sauf renouvellement avec situation inchangée
C Vie scolaire ou étudiante	Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante	p. 9 à 12 Pour les enfants et les étudiants
D Votre situation professionnelle	Si votre demande concerne votre projet professionnel	p. 13 à 16 A partir de 16 ans
E Expression des demandes de droits et prestations		p. 17 à 18 Enfant et adulte Non obligatoire mais informations essentielles

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Aide au remplissage – Rubrique E : Vos demandes de droits et prestations

 Dans cette partie, vous pouvez formuler une ou plusieurs demandes :

-  Prestations financières (AEEH, PCH, AAH, etc.)
-  Cartes mobilité inclusion (priorité, invalidité, stationnement)
-  Aides à la scolarité (AESH, PPS, matériel adapté...)
-  Accompagnements médico-sociaux (SESSAD, CAMSP, CMP...)

Vous ne savez pas quoi demander ?

Pas d'inquiétude : vous pouvez simplement décrire vos besoins dans les rubriques suivantes :

-  Partie B2 : Vie quotidienne (aide pour les repas, la toilette, la sécurité...)
-  Partie C2 : Vie scolaire ou étudiante (adaptations, AESH, troubles spécifiques...)
-  Partie D2 : Vie professionnelle (maintien dans l'emploi, aménagements...)

L'équipe pluridisciplinaire analysera l'ensemble de votre dossier (formulaire + certificats médicaux) et vous proposera les aides les plus adaptées à votre situation.

Important : documents complémentaires

- Si l'espace dans le formulaire est insuffisant, vous pouvez joindre une feuille complémentaire.
- Si vous avez déjà fait une demande pour le même besoin il y a moins d'un an, vous pouvez écrire sur papier libre, sans remplir à nouveau le formulaire complet.
-  N'oubliez pas de signer la page 4 du dossier : cette signature est obligatoire pour que la demande soit prise en compte.

Page 1

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



L'ensemble des aides indiquées dans le formulaire sont expliquées dans le glossaire ci-dessus (p.13-14).

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)

Il n'y a aucune aide à cocher à ce niveau Les aides seront à cocher p.17

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Que dois-je remplir ?

- C'est ma première demande à la MDPH
- Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé
- Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits

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

- 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 pouvez cocher plusieurs cases

Avez-vous déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : N° de dossier :

 Cocher oui si :

- › il s'agit d'un renouvellement
- › vous avez un dossier dans un autre département (Dans ce cas, vous devez demander le transfert de votre dossier vers la nouvelle MDPH)

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Page 2

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, précisez : _____

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) : _____

Code postal : _____ Commune : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

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, indiquer son numéro de sécurité sociale : _____

Voici une annotation détaillée de la rubrique A1 – Identité du formulaire MDPH (CERFA 15692*01) pour vous aider à bien la remplir :

Champ	Explication / Que remplir ?
Sexe	Cochez Homme ou Femme selon la personne concernée par la demande.
Nom de naissance	Inscrire le nom de famille à la naissance (nom de jeune fille pour les femmes mariées).



Nom d'époux/se ou d'usage	Facultatif – à remplir uniquement si la personne utilise un autre nom que celui de naissance (ex. : nom marital).
Prénoms	Tous les prénoms inscrits à l'état civil, dans l'ordre.
Date de naissance	Au format JJ / MM / AAAA.
Nationalité	Cochez française, EEE ou Suisse, ou Autre (à préciser).
Commune de naissance	Ville ou village où la personne est née.
Département	Numéro du département de naissance (ex. : 75 pour Paris, 13 pour Marseille).
Pays de naissance	Cochez France ou Autre (à préciser).
Date d'arrivée en France	Si la personne est née à l'étranger, indiquez la date d'installation en France.
Complément d'adresse	Ex.

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 :		

 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

Voici une annotation détaillée de la rubrique A2 – Autorité parentale, délégation ou tutelle du

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



formulaire MDPH (CERFA 15692*01), destinée aux enfants mineurs :

Champ	Explication / Que remplir ?
Parent 1 ou représentant légal 1 / Parent 2 ou représentant légal 2	Cochez les cases correspondant aux personnes qui exercent l'autorité parentale.
Nom / Prénom / Date de naissance	Remplissez ces champs pour chacun des représentants légaux (parents, tuteurs, délégataires...).
Adresse / Complément d'adresse / Code postal / Commune / Pays	Indiquez l'adresse complète de résidence de chaque parent ou représentant. ⚠ Si les deux parents vivent à des adresses différentes, remplissez les deux colonnes.
Téléphone / Adresse e-mail	Indiquez les moyens de contact de chaque parent. Cela facilitera les échanges avec la MDPH.

Page 3

A3

Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH

Vous acceptez que nous contactons ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

	<input type="checkbox"/> Un proche <input type="checkbox"/> Une association <input type="checkbox"/> 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 :

Voici les annotations détaillées pour bien remplir les rubriques A3 du formulaire MDPH (CERFA 15692*01), avec des conseils pratiques et exemples concrets :

Champ	Comment remplir ?
Cochez la case appropriée	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un proche : parent, aidant, ami. ✓ Une association : comme <i>Les Maux d'Inaya</i>, l'association LÉA, Unapei, APF France Handicap, etc. ✓ Autre : travailleur social, référent MDPH, juriste, etc.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Nom de l'association (si pertinent)	Ex. : <i>Les Maux d'Inaya</i> , si vous êtes accompagné(e) par elle.
Nom et prénom de la personne aidante	Ex. Sarah Dupont (travailleuse sociale ou bénévole référente).
Adresse, code postal, commune	Adresse professionnelle ou personnelle de la personne à contacter.
Téléphone / e-mail	Obligatoire si vous voulez que la MDPH puisse contacter cette personne.
Pourquoi c'est important ?	

👉 Cela permet à la MDPH de contacter directement la personne ressource si des précisions sont nécessaires pour évaluer la situation ou compléter le dossier.

A4 Vous bénéficiez d'une mesure de protection

	Représentant légal 1	Représentant légal 2 (le cas échéant)
Type de mesure de protection (tutelle, curatelle, curatelle renforcée, habilitation familiale) :		
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 :		

Voici les annotations détaillées pour bien remplir les rubriques A4 du formulaire MDPH (CERFA 15692*01), avec des conseils pratiques et exemples concrets :

Champ	Comment remplir ?
Type de mesure	Mentionnez la mesure officielle : tutelle, curatelle simple, curatelle renforcée, habilitation familiale , etc.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Nom de l'organisme (si pertinent)	Ex. : UDAF, ATMP, ou autre organisme de protection judiciaire.
Nom, prénom du représentant légal	Personne désignée par le juge (ex. : tuteur professionnel, parent).
Date de naissance	Du représentant légal.
Adresse complète	À jour, incluant les compléments utiles (étage, bâtiment...).
Téléphone / e-mail	Données de contact du tuteur ou curateur.

 **À joindre** : Une **copie du jugement** de mise sous protection légale est **obligatoire**.

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 :

<input type="checkbox"/> Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous	<input type="checkbox"/> Vous risquez rapidement de perdre votre travail
<input type="checkbox"/> Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir	<input type="checkbox"/> Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation
<input type="checkbox"/> Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement	Date d'entrée prévue : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

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 :

Voici les annotations détaillées pour bien remplir les rubriques A5 du formulaire MDPH (CERFA 15692*01), avec des conseils pratiques et exemples concrets :

Champ	Comment remplir ?
<input checked="" type="checkbox"/>	Situations d'urgence à cocher si :

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



– Vous risquez l’expulsion ou êtes sans hébergement	 Cochez "Vous n’arrivez plus à vivre chez vous..."
– Votre enfant ne peut plus aller à l’école	 Cochez "Votre école ne peut plus vous accueillir..."
– Vous êtes en fin d’hospitalisation sans solution	 Cochez "Vous sortez d’hospitalisation..."
– Vous avez trouvé un emploi ou une formation	 Cochez "Vous venez de trouver un emploi..." et précisez la date d’entrée prévue
– Vous êtes proche de la fin de vos droits (moins de 2 mois)	 Cochez "Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits..."
Expliquer la difficulté	Écrivez en quelques lignes la situation critique vécue (ex. : "Ma fille ne va plus à l’école depuis 3 semaines, faute d’AESH", ou "Je sors de l’hôpital et je ne peux plus marcher seul chez moi").
Droits concernés / dates d’échéance	Ex. : AAH fin prévue le 30/06/2025, PCH fin le 15/07/2025.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d’intérêt général



- 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)

Voici l'annotation détaillée de cette section du formulaire MDPH concernant les pièces justificatives obligatoires à joindre :

Pièces à joindre obligatoirement à votre dossier MDPH

Document	Détail et conseils
<p><input checked="" type="checkbox"/> Un certificat médical de moins de 6 mois</p>	<p>Utilisez le formulaire CERFA n°15695*01, rempli, signé et daté par un médecin (généraliste ou spécialiste). À renouveler à chaque demande.</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> Une photocopie recto-verso d'un justificatif d'identité</p>	<p>Carte d'identité, passeport, titre de séjour en cours de validité. Pour un enfant, fournir celui du représentant légal également.</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> Un justificatif de domicile</p>	<p> Important : – Pour les enfants : celui du représentant légal. – Si hébergé chez un tiers : joindre une attestation d'hébergement sur l'honneur + un justificatif de domicile de l'hébergeant (facture, quittance, etc.).</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> Une attestation de jugement en protection juridique (<i>si concerné</i>)</p>	<p>À fournir en cas de tutelle, curatelle, habilitation familiale, etc. Joignez le jugement officiel précisant le nom du représentant légal</p>

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :

Le : / / Signature :

Signature : De la personne concernée
 De son représentant légal
 Des deux parents (pour les mineurs)

Voici l'explication de cette dernière section du formulaire MDPH (fin de la page 4) – partie obligatoire pour valider la demande :

Signature et finalisation de la demande MDPH

<input checked="" type="checkbox"/> Élément	<input checked="" type="checkbox"/> Explication
<input type="checkbox"/> J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :	À cocher uniquement si vous n'avez pas pu fournir le certificat médical. Indiquez les raisons (ex. : médecin indisponible, refus de remplir...). La MDPH peut alors accorder un délai ou étudier partiellement la demande.
Date (Le :)	Indiquez la date de signature de la demande. Cela permet de prouver la validité du dossier.
Signature :	Case obligatoire pour que la demande soit recevable ! ➤ Qui doit signer ?
<input type="checkbox"/> Personne concernée	Si elle est majeure et autonome.
<input type="checkbox"/> Représentant légal	Si la personne est mineure ou sous mesure de protection (tutelle, curatelle...).
<input type="checkbox"/> Des deux parents (pour les mineurs)	À cocher uniquement si l'autorité parentale est conjointe. En cas de séparation ou de garde exclusive, joindre le jugement de parentalité pour justifier.

Attention :

Un dossier non signé ou non daté sera refusé par la MDPH sans même être évalué.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



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

<p>M.D.P.H. Formulaire de demande</p>	<p>MDPH</p> <p>Accueil physique :</p> <p>Accueil téléphonique :</p>
--	--

Voici l'annotation complète de cette partie du formulaire MDPH (CERFA 15692*01), qui contient des mentions légales, votre autorisation de partage, et un résumé du traitement de la demande :

Partage d'informations avec les professionnels

Case à cocher	Explication
<input type="checkbox"/> J'accepte	<p>Vous autorisez la MDPH à échanger avec les professionnels (médecins, enseignants, référents sociaux) pour faciliter l'évaluation de votre situation. Fortement recommandé pour éviter les retards.</p>

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



<input type="checkbox"/> Je n'accepte pas	Si vous cochez cette case, la MDPH ne pourra pas contacter vos professionnels. Cela ralentit ou empêche l'étude complète du dossier.
---	--

Déclaration sur l'honneur

| **Case à cocher obligatoire : « Je certifie sur l'honneur... »** | Cette case valide officiellement vos déclarations. Elle doit être cochée pour que la demande soit recevable. |

Procédure simplifiée (si votre situation est stable)

Conditions :	Cochez uniquement si :
- C'est un renouvellement sans changement	
- Vous demandez une reconnaissance RQTH	
- Vous êtes aidant et demandez une affiliation gratuite à l'assurance vieillesse	
- C'est une situation d'urgence	
Si vous cochez cette case, vous ne serez pas reçu en CDAPH.	La décision sera prise directement par l'équipe de la MDPH, sans passage en commission.

Données personnelles et confidentialité

- ◆ Toutes les informations sont confidentielles
- ◆ La loi vous donne le droit d'être entendu par la CDAPH
- ◆ La loi de 2005 impose à la MDPH de garantir l'évaluation et la prise en compte de vos besoins.
- ◆ Fausse déclaration = sanctions pénales (article 441-1 du Code pénal).

Délais de traitement

| **Délai indicatif** | **Environ 4 mois pour recevoir une réponse par courrier après dépôt du dossier complet.** |

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

Page 5

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, précisez :

Indiquez par exemple si vous vivez avec une autre personne (ami, frère/sœur...)

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, précisez :

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

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Si vous êtes domicilié dans un CCAS, précisez le en p. 2 (A1 «Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme»)

Adresse à indiquer pour les établissements médico-sociaux/de détention.

Si internat, précisez le nombre de nuitées.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Cochez et décrivez votre situation actuelle et non pas ce que vous demandez

<input type="checkbox"/> Aide technique, matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Aménagement de logement <input type="checkbox"/> Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur... <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Aménagement de véhicule <input type="checkbox"/> Aides animales
<input type="checkbox"/> Aide à la personne (avec quelqu'un qui aide)	<input type="checkbox"/> Votre famille <input type="checkbox"/> Un accompagnement médico-social <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Professionnel de soins à domicile

Vous pouvez indiquer toutes les personnes intervenant dans votre quotidien et expliquer le contexte en p.8

Par exemple TISF, accompagnement par un travailleur social...

Par exemple SAVS, Samsah, CAMSP, Sessad...

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

Ces renseignements permettront d'évaluer vos droits à l'AEEH et son complément. Soyez le plus précis et complet possible.
 Vous pouvez joindre des éléments sur papier libre si l'espace est insuffisant ou les expliquer en p. 8

Pour mieux justifier votre demande d'aides financières (PCH, AEEH complément, aménagement, transport...), il est utile de recenser précisément les dépenses liées au handicap de votre enfant, qu'elles soient régulières ou exceptionnelles.

☛ Ce tableau vous aide à structurer les coûts non pris en charge comme :

- 🚗 **Les frais de transport** : aller-retour aux soins, à l'école, accompagnement par un tiers...
- 🛠 **Le matériel spécialisé** : fauteuils, tablette CAA, casque anti-bruit, lunettes filtrantes, lit médicalisé...
- 👤 **Les consultations non remboursées** : psychomotricien, ergothérapeute, neuropsychologue, bilans sensoriels...

📄 Outil disponible gratuitement :
 📄 Téléchargez le modèle de tableau des frais + un exemple prérempli directement sur notre site à la rubrique dossier MDPH :
 📄 <https://lesmauxdinaya.com/dossier-mdph/>

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Besoin pour la vie à domicile

<input type="checkbox"/> Pour régler les dépenses courantes (loyer, énergie, habillement, alimentation...)	<input type="checkbox"/> Pour faire les courses
<input type="checkbox"/> Pour gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives, assurances, impôts...)	<input type="checkbox"/> Pour préparer les repas
<input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)	<input type="checkbox"/> Pour prendre les repas
<input type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...)	<input type="checkbox"/> Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements
	<input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)
<input type="checkbox"/> Autre besoin, préciser : _____	

Tous ces besoins sont à comparer avec ceux d'une personne du même âge. Cela peut concerner une aide physique mais aussi un besoin de consignes et de surveillance

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

<input type="checkbox"/> Vivre à domicile	<input type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer	<input type="checkbox"/> Un accueil temporaire en établissement
<input type="checkbox"/> Vivre en établissement	<input type="checkbox"/> Du matériel ou équipement	<input type="checkbox"/> Une aide animalière
<input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie	<input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées au handicap	<input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne
<input type="checkbox"/> Une aide humaine : quelqu'un qui aide	<input type="checkbox"/> Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D)
<input type="checkbox"/> Autre attente, préciser : _____		

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil, d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos attentes ? Oui Non

Si oui lequel / lesquels : _____ Êtes-vous en contact Oui Non

_____ Êtes-vous en contact Oui Non

Vos souhaits (plusieurs réponses possibles)

◆ **Cochez les cases correspondant aux besoins concrets de la personne en situation de handicap pour compenser les conséquences de son handicap.**

Voici quelques exemples :

- **Vivre à domicile** → Si vous souhaitez que la personne reste dans son environnement habituel avec des aides.
- **Vivre en établissement** → Si une orientation vers un IME, ITEP, FAM ou MAS est envisagée.
- **Un aménagement du lieu de vie** → Si vous avez besoin de travaux (barres d'appui, rampe, monte-escalier...).



- Une aide humaine → Pour bénéficier d'une aide à domicile, AESH, auxiliaire de vie ou aidant familial.
- Une aide pour se déplacer → Si la personne a besoin d'un transport adapté ou d'un accompagnateur.
- Du matériel ou équipement → Si vous demandez un fauteuil roulant, un lit médicalisé, une tablette CAA, etc.
- Une aide financière pour des dépenses liées au handicap → Si vous sollicitez la PCH, l'AEH complément, etc.
- Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne → Ergothérapie, psychomotricité, éducateur spécialisé.
- Un accueil temporaire en établissement → Pour du répit, une hospitalisation ou un stage adapté.
- Une aide animalière → Pour un chien d'assistance, par exemple.
- Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne → Pour mieux évaluer les besoins.
- Une aide financière pour un revenu minimum → Si vous demandez l'AAH (il faudra cocher aussi dans la partie D).

👉 Si un besoin n'est pas listé, cochez "Autre attente, préciser" et décrivez-le brièvement (ex. : besoin d'un logiciel spécifique, d'un soutien scolaire adapté, d'un suivi sensoriel...).

Établissement ou service identifié

📌 Si vous connaissez déjà un établissement ou un service adapté (ex. : CMP, SESSAD, IME, PCO, SAMSAH, accueil temporaire...), indiquez son nom et cochez :

- Oui si vous l'avez identifié.
- Oui/Non selon que vous êtes déjà en contact ou non avec cette structure.

📌 Sinon, cochez "Non" dans les deux sections et laissez les lignes vides.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



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

À quoi sert cette partie ?

Elle permet d'ajouter un résumé global de votre situation et d'exprimer les attentes non mentionnées ailleurs dans le formulaire. C'est ici que vous pouvez :

- Donner une vue d'ensemble de votre quotidien impacté par le handicap.
- Expliquer les besoins d'aménagement, de soutien, d'orientation, ou d'aides.
- Présenter brièvement vos projets (inclusion, autonomie, soins, répit...).



Exemple de résumé à recopier ou adapter :

Le quotidien est fortement impacté par les conséquences du handicap. Notre organisation familiale repose en grande partie sur l'aidant principal, avec un besoin constant de vigilance, d'aides humaines et de soutien technique.

L'accompagnement est indispensable pour maintenir la sécurité, favoriser l'autonomie, et permettre une vie digne et équilibrée à notre enfant.

Nous sollicitons la mise en place d'un **PPC – Plan Personnalisé de Compensation** prenant en compte l'ensemble des besoins : aide humaine, matériel adapté, aides financières, accompagnement éducatif et

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



thérapeutique.

🔍 Pour une description complète et détaillée de notre situation, de nos attentes et de notre projet de vie, **merci de consulter l'annexe "Projet de vie" jointe à ce dossier.**

💬 *"Pour vous aider à rédiger votre propre projet de vie, téléchargez gratuitement notre **lettre-type** à recopier sur le site de l'association Les Maux d'Inaya :"*

👉 <https://lesmauxdinaya.com/dossier-mdph/>

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

Page 9

C1 Situation scolaire

École de quartier, collège, lycée, dispositif ULIS

Prise en charge d'un SESSAD, SEFFIS, PCPE, IME, dispositif Itep...

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, précisez :

Au sein de quel(s) établissement(s) ?
.....
.....
.....

Depuis le : .. / .. / ..

L'enfant passe une partie de la semaine à l'hôpital, en accueil de jour... et une partie à l'école (de quartier ou ULIS)

L'enfant passe une partie de la semaine en établissement médico-social (IME, Itep) et une partie à l'école (de quartier ou ULIS) ou à domicile

>> Vous pouvez cocher plusieurs cases <<

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

À partir de quand sera-t-il scolarisé ?
.....

Préciser :
.....

Concerne les enfants de moins de 3 ans

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Page 10

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	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soirée/nuît							

Indiquer les accompagnements et soins, leurs lieux, mais également tous les temps de présence à la cantine, la maison, au périscolaire... Même si votre enfant ne va pas à l'école, vous pouvez remplir l'emploi du temps.

Indiquer en p.8 vos projets et choix par rapport à cette situation. Vous pouvez reproduire ce tableau sur un papier libre si l'espace est insuffisant.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



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.

Aide humaine directe : fait à la place ou apporte une aide physique à l'enfant ou au jeune

Besoins pour l'entretien personnel	
<input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)	<input type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements)
<input type="checkbox"/> Pour les repas (manger, boire)	<input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :	

L'aide apportée par un tiers peut être verbale ou physique



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

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

<input type="checkbox"/> Une adaptation de la scolarité	<input type="checkbox"/> Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation
<input type="checkbox"/> Une orientation scolaire différente	<input type="checkbox"/> Une prise en charge par un établissement sans hébergement
<input type="checkbox"/> Une aide humaine	<input type="checkbox"/> Une prise en charge par un établissement avec hébergement
<input type="checkbox"/> Une aide matérielle	
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

Par exemple : être assis à un emplacement particulier, disposer de copies ou de matériel

IME/Itep ou autre établissement médico-social sans internat

IME/Itep ou autre établissement médico-social avec internat

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 également transmettre tout élément complémentaire pour éclairer votre situation. Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.

Vous pouvez également transmettre tout élément complémentaire pour éclairer votre situation. Pensez à demander le PPS (plan personnalisé de scolarisation) pour la mise en œuvre des aménagements.



D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel

Pages 13 à 16

À remplir uniquement si votre demande concerne votre projet professionnel (RQTH, emploi, insertion...)



Qui est concerné ?

- Toute personne à **partir de 16 ans**
- Ayant un **projet professionnel** : emploi, formation, reconversion...
- Souhaitant obtenir une **RQTH** (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)
- Engagée dans un parcours d'insertion (avec Pôle Emploi, Mission Locale, Cap Emploi...)



Ce que vous devez remplir dans les pages 13 à 16 :

◆ Rubrique D1	Votre situation actuelle : emploi, chômage, ESAT, formation, invalidité...
◆ Rubrique D2	Vos difficultés liées au travail : fatigue, transport, gestes, rythme, etc.
◆ Rubrique D3	Vos attentes : aménagements de poste, accompagnement Cap Emploi, ESAT, reconversion, etc.
◆ Rubrique D4	Votre projet professionnel : ce que vous souhaitez faire (formation, métier visé, etc.)



Objectif de cette rubrique :

- Obtenir un **statut de travailleur handicapé (RQTH)**
- Bénéficier d'un **accompagnement adapté** vers ou dans l'emploi
- Identifier les **aides nécessaires** (aménagements de poste, emploi protégé, etc.)
- Faciliter l'accès à un **emploi durable ou une formation qualifiante**

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



 **Pièces utiles à joindre :**

- CV ou parcours scolaire/professionnel
- Lettre expliquant le projet professionnel ou les freins à l'emploi
- Attestation d'inscription Pôle Emploi, Mission Locale ou Cap Emploi (si suivi)

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



E Expression des demandes de droits et prestations

Page 17

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 est obligée d'évaluer 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)

L'image montre la rubrique **E1 – Demandes relatives à la vie quotidienne** du formulaire MDPH (CERFA n°15692*01). Elle liste les aides disponibles en fonction de l'âge de la personne.

Explication détaillée de la page :

 **Vous avez moins de 20 ans :**

 **Vous pouvez demander :**

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



- **AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) + ses compléments**
- **PCH (Prestation de Compensation du Handicap)**
- **Carte Mobilité Inclusion – Mention Invalidité**
- **Carte Mobilité Inclusion – Mention Stationnement**
- **Affiliation gratuite à l'AVPF (Assurance Vieillesse des Parents au Foyer)**

 **À noter :**

 "Si vous cochez les deux prestations AEEH + complément ET PCH, elles seront toutes les deux évaluées, et vous pourrez choisir lorsque vous recevrez le Plan Personnalisé de Compensation (PPC)."

♦ Cela permet aux familles de ne pas avoir à choisir immédiatement entre l'AEEH complémentée et la PCH : elles pourront décider **à réception du plan** selon ce qui est **le plus avantageux**.

 **Vous avez plus de 20 ans :**

 Les demandes possibles sont :

- **AAH (Allocation aux Adultes Handicapés) – partie D à compléter**
- **Complément de ressources**
- **Orientation ou maintien en ESMS**
- **ACTP (Aide humaine – renouvellement/révision uniquement)**
- **ACFP (Aide financière – renouvellement/révision uniquement)**
- **PCH**
- **Cartes mobilité : Invalidité et Stationnement**
- **Affiliation AVPF**

La Majoration pour la Vie Autonome (MVA) est une **prestation versée automatiquement par la CAF** (ou la MSA si vous êtes affilié à leur régime), **sans demande spécifique à la MDPH**.

 **Rappel des conditions pour bénéficier de la MVA :**

Pour qu'elle soit versée, **trois conditions** doivent être remplies **simultanément** :

1. **Bénéficiaire de l'AAH à taux plein** (sans réduction liée à un revenu d'activité).
2. **Avoir un taux d'incapacité reconnu ≥ 80 %**.
3. **Vivre dans un logement indépendant**, c'est-à-dire ne pas être hébergé en établissement.

 Montant 2025 : environ **104,77 € / mois** (indexé annuellement)

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



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 :

Empty text area for specifying the request.

Explication de cette rubrique :

Dans cette partie, vous pouvez **exprimer les besoins en lien avec la scolarisation ou la formation** de la personne en situation de handicap.

Il peut s'agir de :

- la demande d'un **accompagnement par un AESH** (Accompagnant d'Élève en Situation de Handicap),
- l'**orientation en ULIS**, en ITEP, en IME, en Segpa ou autre établissement spécialisé,
- la **scolarisation à temps partiel** ou en **enseignement à domicile (IEF)** avec ou sans accompagnement,
- la **prise en charge par un SESSAD**, un CAMSP ou un autre service médico-social.

 La case à cocher permet à l'équipe d'évaluation de savoir que vous avez une **demande spécifique liée à la scolarité**, à expliciter dans l'encadré en-dessous.

Exemple de formulation dans cette case :

Nous demandons :

- le maintien du PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) avec AESH individualisé à temps plein,
- un accompagnement par le SESSAD pour soutenir les apprentissages et l'inclusion,
- des aménagements pédagogiques adaptés (temps majoré, supports visuels, emploi du temps allégé),
- ainsi qu'une orientation vers un dispositif ULIS ou ordinaire à proximité du domicile en lien avec le projet scolaire.

Page 18

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



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. »*

(À compléter uniquement si la personne a l'âge ou la perspective d'une activité professionnelle – à partir de 16 ans généralement. Pensez à compléter aussi la **partie D** du formulaire.)

 **Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)**

Cochez cette case **si vous souhaitez que la personne soit reconnue comme travailleur handicapé.**

→ Cette reconnaissance donne accès :

- à des aides à l'insertion professionnelle ;
 - à des accompagnements spécifiques par Pôle Emploi, Cap Emploi, Mission Locale, etc. ;
- à un accès prioritaire à certaines formations et dispositifs.

 **Orientation professionnelle**

À cocher **si la personne a besoin d'une orientation vers un parcours professionnel adapté.**

Cela permet à l'équipe pluridisciplinaire d'envisager un parcours dans un des dispositifs suivants :

 **CRP / CPO / UEROS**

- **CRP** : Centre de Rééducation Professionnelle (formation adaptée après un accident ou une maladie).

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



- **CPO** : Centre de Pré-Orientation (évaluation du projet professionnel).
- **UEROS** : Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale (spécifique aux personnes cérébro-lésées).

👉 Ces dispositifs sont proposés **en fonction du handicap et des capacités de la personne à accéder à un emploi.**

📌 **ESAT (Établissement ou service d'aide par le travail)**

À cocher **si la personne a besoin d'un cadre protégé avec un accompagnement renforcé.**

L'ESAT est destiné :

- aux personnes qui ne peuvent pas, momentanément ou durablement, travailler en milieu ordinaire ;
- et qui nécessitent un accompagnement médico-social.

📌 **Marché du travail – avec accompagnement par le dispositif Emploi accompagné**

Cochez cette case si vous souhaitez que la personne soit **insérée en milieu ordinaire de travail, avec un accompagnement renforcé** (emploi accompagné).

📌 **Le dispositif Emploi Accompagné** est destiné aux personnes :

- ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail ;
- accueillies en ESAT avec un projet de transition vers un emploi classique ;
- **déjà en emploi**, mais rencontrant des difficultés pour se maintenir en poste.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



F Vie de votre aidant familial

Si vous souhaitez exprimer des besoins en tant qu'aidant familial

L'aidant familial peut être un membre de la famille jusqu'au 4^e degré de parenté. Il est important de préciser ces informations afin de mieux situer votre environnement familial et votre situation personnelle.

Si vous êtes le parent de l'enfant concerné, pensez à les indiquer dans la rubrique B1 (page 6) du formulaire.

Pages 19

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 :

<input type="checkbox"/> Surveillance / présence responsable	<input type="checkbox"/> Coordination des intervenants professionnels
<input type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'intérieur du logement	<input type="checkbox"/> Gestion administrative et juridique
<input type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/> Gestion financière
<input type="checkbox"/> Aide pour entretenir le logement et le linge	<input type="checkbox"/> Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.)
<input type="checkbox"/> Aide à l'hygiène corporelle	<input type="checkbox"/> Aide à la communication et aux relations sociales
<input type="checkbox"/> Aide à la préparation des repas	<input type="checkbox"/> Aide au suivi médical
<input type="checkbox"/> Aide à la prise de repas	

Autre, précisez :

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, précisez :

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ? Oui, laquelle : Non

◆ Nom, prénom, date de naissance et adresse :

Renseignez les informations du proche aidant (souvent un parent). Si plusieurs personnes partagent cette fonction, indiquez celle qui assure la majeure partie de l'aide.

◆ Nom de la personne aidée :

Indiquez l'enfant ou l'adulte en situation de handicap concerné par la demande.

📌 Votre lien avec la personne en situation de handicap :

📝 Exemple : « Mère », « Père », « Sœur », « Tante », « Grand-parent », « Curateur », etc.

✅ Important : Vous pouvez aider une personne même si vous n'habitez pas avec elle.

 **Cochez Oui si vous vivez avec, précisez depuis quand.**

 **Emploi** : Indiquez si vous êtes en activité ou non.

 Si vous avez **réduit ou arrêté votre emploi** pour l'aide apportée, mentionnez-le : c'est essentiel pour la

PCH aidant familial.



Nature de l'aide apportée (plusieurs choix possibles) :

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Cochez **toutes les aides que vous apportez**, même partiellement :

- **Surveillance / présence responsable** : si la personne ne peut rester seule sans danger.
- **Aides aux déplacements** : dans le logement ou à l'extérieur.
- **Aide à l'hygiène corporelle, habillage, préparation et prise des repas, entretien du logement.**
- **Stimulation d'activités, communication, coordination avec les pros, gestion admin et financière, suivi médical, etc.**

 En bas, la case « **Autre** » permet de préciser des soins spécifiques ou un accompagnement particulier (ex. : régime alimentaire strict, surveillance de crise d'épilepsie, etc.)

Accompagnement partagé ou non ?

Cochez :

- si vous êtes le **seul aidant**
- si d'autres **proches** ou **professionnels** participent à l'accompagnement

Êtes-vous soutenu dans votre rôle ?

Cochez « Oui » et précisez si vous bénéficiez de soutien (ex. : **relai familial, intervenant à domicile, structure d'accueil temporaire...**).

Remplacement possible ?

Important pour justifier la demande de **PCH aidant familial** ou de **relai (accueil temporaire, soins à domicile)**.

Cochez si **quelqu'un peut vous remplacer en cas d'absence**, précisez qui et dans quelles conditions.

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général



Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

<input type="checkbox"/> Éloignement géographique (déménagement...)	<input type="checkbox"/> Problème de santé
<input type="checkbox"/> Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)	<input type="checkbox"/> Changement majeur dans la situation professionnelle
<input type="checkbox"/> Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...)	<input type="checkbox"/> Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...)

Autre, préciser : _____

F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

<input type="checkbox"/> Pouvoir vous reposer au quotidien	<input type="checkbox"/> Obtenir une contrepartie financière
<input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin	<input type="checkbox"/> Échanger avec d'autres aidants
<input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu	<input type="checkbox"/> Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche
<input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances	<input type="checkbox"/> Avoir un soutien psychologique
<input type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche
<input type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux	<input type="checkbox"/> 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 : _____

- **Pouvoir vous faire remplacer** → Si vous avez besoin d'un relais ponctuel.
- **Reprendre votre activité professionnelle** → Si vous avez mis votre travail en pause.
- **Échanger avec d'autres aidants ou professionnels** → Pour sortir de l'isolement.
- **Être conseillé sur le handicap** → Si vous avez besoin d'être guidé.
- **Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse** → Droit ouvert pour certains aidants de personnes à charge avec un handicap reconnu >80%.

👉 Vous pouvez aussi écrire un besoin spécifique dans "Autre, préciser".

Bloc : Identification d'un service ou d'une structure

📌 Si vous connaissez déjà une association, un service de répit, un relais aidant, un SESSAD, etc., **précisez-le ici**. Sinon, laissez vide ou écrivez "non identifié".

Bloc 1 : Situations particulières (en haut de page)

♦ **Cochez toute situation actuelle ou à venir qui impacte votre capacité à aider :**

- Exemple : vous êtes hospitalisé, en burn-out, ou en instance de déménagement.
- Si aucune case ne correspond, cochez "Autre, préciser" et détaillez brièvement.

Bloc F2 – Vos attentes en tant qu'aidant familial

📌 Ce bloc vise à identifier vos besoins de répit, de soutien ou d'information.

Cochez tout ce que vous jugez nécessaire, par exemple :

- **Pouvoir vous reposer au quotidien** → Pour éviter l'épuisement.



Bloc : Connaître les aides existantes

 Cochez :

- **Pour vous** → Pour obtenir des infos sur les droits des aidants.
- **Pour la personne aidée** → Pour être informé des aides et prestations MDPH.

Zone libre – autres renseignements

 Utilisez cet espace pour expliquer :

- Vos difficultés au quotidien (épuisement, isolement, organisation).
- Vos contraintes familiales ou professionnelles.
- Vos attentes concrètes (aide à domicile, accueil temporaire, répit...).

Signature de l'aidant

 À signer impérativement en bas de page, **même si vous êtes aussi le représentant légal de la personne aidée.**

Association Les Maux d'Inaya

WhatsApp : +33 6 66 28 74 21 - e-Mail : association.lesmauxdinaya@gmail.com

Site internet : <https://lesmauxdinaya.com/>

Siret : 92517507700013 - N° RNA : W784011291

Association loi 1901 – Reconnue d'intérêt général