

## PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE AUPRES DE LA MDPH DE LA HAUTE-GARONNE

### I • LES PIECES A FOURNIR POUR TOUTE DEMANDE

#### Les pièces obligatoires :

- le formulaire CERFA de demande MDPH, **complété, daté et signé** en dernière page,
- le **certificat médical CERFA**, daté de moins de 6 mois, complété, signé et tamponné par un médecin (généraliste ou spécialiste),
- **une photocopie recto-verso d'un justificatif d'identité** de la personne concernée par la demande et le cas échéant, du responsable légal (pièce d'identité, passeport, titre de séjour en cours de validité...),
- **une photocopie d'un justificatif de domicile** de moins d'un an au nom de la personne concernée par la demande (quittance de loyer, facture d'électricité, de gaz, d'Internet, d'eau,...).

#### Situations particulières :

- **Pour un mineur :**
  - un justificatif de domicile du représentant légal,
  - le cas échéant, une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale.
- **Pour un majeur hébergé par un tiers :**
  - un justificatif de domicile du tiers, une attestation sur l'honneur de l'hébergeant et un justificatif d'identité du tiers hébergeant (pièce d'identité, passeport, titre de séjour en cours de validité...).
- **Pour un majeur résidant dans un établissement médico-social :**
  - une attestation de domiciliation ou d'hébergement de l'établissement.
- **Pour un majeur bénéficiant d'une mesure de protection juridique :**
  - une photocopie intégrale du jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice.



#### **Pièces médicales complémentaires quelle que soit la demande formulée :**

*Bien que non obligatoires, ces pièces sont souvent indispensables dès la constitution du dossier et concourent à réduire les délais de traitement de vos demandes:*

- **tout compte-rendu de suivi médical récent** (médecin spécialisé, hospitalisation, etc.) :
  - les comptes-rendus demandés sont ceux déjà réalisés et les plus récents. Si vous n'avez pas d'exemplaire de vos comptes rendus de suivi spécialisé, vous pouvez vous les procurer auprès de votre médecin traitant.
- **Pour les personnes déficientes auditives :**
    - un audiogramme tonal et vocal sans appareillage réalisé par un médecin spécialiste ORL,
    - et en plus, pour les enfants : un bilan d'orthophonie (le cas échéant).
  - **Pour les personnes déficientes visuelles :**
    - un bilan ophtalmologique : en utilisant le compte-rendu type pour bilan ophtalmologique disponible sur notre site [www.mdph31.fr](http://www.mdph31.fr); onglet « Les Formulaires de demande ».
    - ou à défaut, un bilan précisant l'acuité visuelle de près et de loin avec et sans correction ainsi que le champ visuel, établi par un médecin spécialiste.

## II • LES PIÈCES COMPLÉMENTAIRES À FOURNIR SELON LE TYPE DE DEMANDE

### Rubrique C - Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) et son complément

**C - Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et son complément**

Votre enfant est-il en internat ?  Oui  Non Depuis le : | | | | | | | | | |

Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

---

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico social ou sanitaire ...)

---

Si votre enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale ?  Oui  Non

**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

**Frais supplémentaires liés au handicap**  
 Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS			PÉRIODICITÉ Semaine, mois, année, occasionnelle
	Financiers sollicités	Montants Obtenus	Reste à votre charge	
TOTAL				

- **une copie des justificatifs, devis, bilans de suivi et factures acquittées :**
  - relatifs aux frais en lien direct avec la compensation du handicap de l'enfant,
  - relatifs à l'emploi d'une tierce personne et/ou à la réduction d'activité du/des responsable(s) légal(x).

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

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

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Nom : \_\_\_\_\_

Code postal : | | | | | | Commune : \_\_\_\_\_

- ❖ **Pour une demande relative à un parcours de scolarisation :**
  - **GEVASCO 1<sup>ère</sup> demande** ou **GEVASCO renouvellement**,
  - lors d'une première demande : copie des comptes-rendus des précédentes équipes éducatives,
  - **copie du livret d'évaluation** ou du **livret personnel de compétence (LPC)**,
  - **tout bilan en votre possession** (ex : bilan réalisé par une structure spécialisée type CAMSP, CMPP, ..., compte-rendu de médecins, examen psychologique, évaluation sociale, bilans de rééducation...),
  - copie, le cas échéant : PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Éducative), PPAP (Programme Personnalisé d'Aide et de Progrès), PAI (Projet d'Accueil Individualisé), PAP (Plan d'accompagnement personnalisé).
  
- ❖ **Pour le renouvellement d'une prise en charge médico-sociale (SESSAD, IME, ITEP...) :**
  - **le projet personnalisé d'accompagnement réalisé par le service ou l'établissement médico-social** actuellement fréquenté (bilan de la prise en charge actuelle et le projet envisagé).

## Rubrique E - Demande de cartes

### E - Demande de cartes

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

- **Pour les adultes:**
  - la photocopie d'attribution d'une pension d'invalidité de 3ème catégorie ou de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.).
  
- **Pour les enfants :**
  - tout élément pouvant être utile pour compléter le dossier (projet de vie, rapports des différents professionnels...).

## Rubrique F – Demande de prestation de compensation du handicap (P.C.H.)

**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 - l'APA ?  Oui  Non

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

Aide humaine  
 Précisez : \_\_\_\_\_

Aide technique, matériel ou équipement  
 Précisez : \_\_\_\_\_

Aménagement du logement / Déménagement  
 Précisez : \_\_\_\_\_

Aménagement du véhicule / surcoût du transport  
 Précisez : \_\_\_\_\_

Charges spécifiques / exceptionnelles  
 Précisez : \_\_\_\_\_

Aide animalière  
 Précisez : \_\_\_\_\_

❖ **Pour une demande d'aide technique, matériel ou équipement :**

- une prescription médicale pour les aides techniques remboursées par la sécurité sociale, établie par un médecin spécialiste.
- des préconisations écrites d'un ergothérapeute (ou autre professionnel compétent),
- les résultats des essais et de positionnement (fauteuils roulants...) pour les personnes ayant été accompagnées (centre de rééducation, SAVS,...)
- au minimum deux devis de fournisseurs différents au nom du demandeur (détaillés et récents), correspondant à la prescription médicale.



*Pour vous informer et vous conseiller sur les différentes aides techniques existantes, vous pouvez vous adresser à un centre de rééducation, un ergothérapeute libéral, ou à la permanence des ergothérapeutes de la MDPH31 le mercredi matin à l'accueil de la MDPH, avec ou sans rendez-vous.*

❖ **Pour une demande d'aide à l'aménagement du logement / Déménagement :**

- si vous êtes locataire du logement, l'attestation du propriétaire vous autorisant à effectuer les travaux.
- au minimum deux devis descriptifs récents et détaillés des travaux et équipements établis par des professionnels, ainsi que les plans du logement.
- si vous êtes locataire d'un logement social, tout document indiquant la nature des travaux pris en charge par le bailleur.
- des préconisations écrites d'un ergothérapeute (ou autre professionnel compétent).



*Pour les réalisations des devis, nous vous invitons à vous rapprocher de la CAPEB (Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment), des artisans avec le label Handibat, ou de la Chambre des Métiers et de l'Artisanat.*



*La prise en charge par la prestation de compensation se fait en complémentarité avec les autres organismes pouvant être mobilisés. Nous vous invitons à vous rapprocher de votre mutuelle, assurance, caisse de retraite (générale et complémentaire), du Centre Communal d'Action Sociale de votre commune, d'Action Logement (ex 1% Logement) et de l'ANAH (Agence Nationale de l'Habitat) pour solliciter des financements complémentaires.*

❖ **Pour une demande d'aide d'aménagement du véhicule:**

- au moins deux devis descriptifs détaillés par deux fournisseurs différents, des travaux d'accessibilité et des équipements mentionnés sur le permis de conduire.

1. *Pour l'adaptation du poste de conduite :* la photocopie recto-verso du permis de conduire portant la mention des aménagements nécessaires.
2. *Pour l'adaptation du poste passager :* la photocopie de la carte grise du propriétaire du véhicule.

Démarches à effectuer avant le dépôt de votre demande si vous n'avez pas de permis aménagé:

- vous rapprocher d'un médecin agréé par la Préfecture (liste des médecins agréés disponible dans les préfectures, mairies ou sur le site internet : [www.haute-garonne.gouv.fr](http://www.haute-garonne.gouv.fr))
- contacter l'Unité Education Routière de la Préfecture de la Haute-Garonne qui vous précisera les adaptations obligatoires. Tel 05 81 97 71 59

❖ **Pour une demande relative au surcoût du transport :**

- détail des transports : itinéraires des déplacements, mode de transport utilisé, fréquence des trajets... ;
- justificatifs du montant des dépenses mensuelles.

❖ **Pour une demande relative aux charges spécifiques / exceptionnelles :**

- justificatifs du montant des dépenses mensuelles ou ponctuelles (exemple : frais de protection).

❖ **Pour une demande relative à l'aide animalière :**

- la décision d'attribution de l'animal par le centre d'éducation labellisé.

- **Situation particulière des demandeurs de PCH fréquentant un établissement médico-social (Foyer d'accueil médicalisé, Maison d'accueil spécialisé, Foyer de vie, Service d'accueil de jour,...) :**
  - le calendrier de présence indiquant les jours de sorties de l'établissement,
  - une copie du projet d'accompagnement individualisé,
  - le bilan de prise en charge médico-sociale.

### **Rubrique G - Demande d'affiliation à l'assurance vieillesse**

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

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune : \_\_\_\_\_

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Lien de parenté : \_\_\_\_\_

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

- tout élément pouvant être utile pour compléter le dossier (projet de vie, rapports des différents professionnels...)

### **Rubriques H et I - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et de complément de ressources / Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle**

**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 :

\_\_\_\_\_

**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)

 La MDPH étudie vos possibilités d'accès à l'emploi. Ainsi, lors du dépôt d'une demande d'AAH, il est nécessaire de joindre l'ensemble des documents mentionnés dans cette rubrique.

- ❖ **Pour une demande d'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.), d'orientation et de formation en milieu dit ordinaire (hors ESAT) :**
  - la fiche de renseignement « situation au regard de l'emploi » disponible sur notre site [www.mdp31.fr](http://www.mdp31.fr), onglet « les formulaires de demande »,
  - un curriculum vitae (CV),
  - photocopie de bilans d'accompagnement professionnel : stages, bilans d'orientation, bilans de compétences, bilans de formation (Pôle emploi, Cap Emploi, Mission locale, entreprise adaptée...)
  - si vous êtes salarié, la fiche d'aptitude délivrée par la médecine du travail.
- **Pour les bénéficiaires d'une pension** (pension d'invalidité, de vieillesse, rente accident du travail, Majoration Tierce Personne...) :
  - une photocopie du justificatif d'attribution ou de paiement de la pension.
- **Pour les bénéficiaires du RSA :**
  - une copie du contrat d'engagement réciproque signé avec le Conseil départemental.
- **Pour les personnes fréquentant un ESAT ou accueillies dans un établissement médico-social :**
  - un bilan d'accompagnement médico-social : détaillé et récent, établi par les professionnels de l'établissement qui vous accueille ou par le service qui vous accompagne.

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

**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 (accueil temporaire ...)

**Date d'entrée souhaitée :** | | | | | | | | | |

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

Nom : \_\_\_\_\_

Code postal : | | | | | | | | | | Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : | | | | | | | | | |

- ❖ **Pour une première demande (SMS, EMS, ESAT) :**  
Préciser sur le formulaire de demande (**case B** « expression des attentes et des besoins de la personne concernée » projet de vie) si un premier contact a été pris, et si oui, préciser lequel.
- **Pour les personnes fréquentant un ESAT ou accueillies dans un établissement médico-social :**
  - un **bilan d'accompagnement médico-social** détaillé et récent, établi par les professionnels de l'établissement qui vous accueille ou par le service qui vous accompagne,
  - le **bilan autonomie infirmier** (en cas d'hospitalisation).