DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles

Formulaire de demande de la prestation de compensation du handicap (PCH) au titre de l'aide à la parentalité pour les personnes ayant un droit ouvert à la PCH

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

À qui s'adresse ce formulaire ?

Vous avez un droit ouvert à la PCH et souhaitez bénéficier des nouvelles aides à la parentalité.
Vous devez utiliser ce formulaire pour adresser votre demande à la MDPH/MDA, accompagné des pièces justificatives indiquées.

1 Identification et situation du demandeur

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° de dossier à la MDPH : .....

Dates d'attribution de la PCH en cours ou de droit ouvert à la PCH : .....

Nombre d'enfants : .....

Vous attendez un enfant et souhaitez bénéficier des aides à la parentalité à sa naissance ☐

Situation de monoparentalité : ☐ **Oui** *(dans ce cas compléter l'attestation jointe)* ☐ **Non**

2 Identification de la demande

PCH Aide humaine à la parentalité ☐

Conditions cumulatives relatives au demandeur :

Être bénéficiaire de l'élément 1 aide humaine de la PCH Et avoir au moins un enfant âgé entre 0 et 7 ans

PCH Aides techniques à la parentalité ☐

Conditions cumulatives relatives au demandeur :

Être bénéficiaire de la PCH

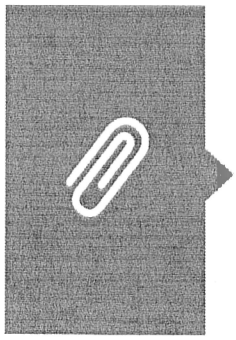
Et avoir un enfant qui vient de naitre ou qui va naître, ou qui fêtera son 3ème et/ou son 6ème anniversaire au cours de la période d'attribution de la PCH.

MDPH
Maison départementale des personnes handicapées de la HAUTE-GARONNE

3 Identification et date(s) de naissance de(s) enfant(s)

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

4 Pièces à joindre :



Pour permettre le traitement de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

Pièces obligatoires :
Extrait d'acte de naissance de chacun des enfants (si vous attendez un enfant, ce document sera à fournir ultérieurement).

Le : ...../...../..... Signature :

Signature : ☐ De la personne concernée
☐ De son représentant légal

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

Les informations personnelles recueillies par la MDPH lors de l'examen, du traitement et du suivi de votre demande font l'objet d'un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande par courrier auprès de votre MDPH