

Remplir une demande à la MDPH pour un renouvellement de l'accompagnement du DAME

Etape 1 :

Ce document va servir au renouvellement de l'accompagnement du DAME pour votre enfant mais aussi pour les renouvellements AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé), et pour certains au renouvellement de l'ULIS et L'AESH (AVS scolaire)

cerfa N°15692*01

DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles
La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.
Ce formulaire se déploiera progressivement sur le territoire national entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} mai 2019.
À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13788*01.


LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

À qui s'adresse ce formulaire ?

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.

Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.

Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection, son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

**Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.
En fonction des conditions prévues par la réglementation, vous pourrez peut-être
bénéficier des droits suivants :**

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments

Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments

Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)

Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)

Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation

Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

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

Cocher la case →

☒ Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé

Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire

☐ Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins

Votre aidant familial peut remplir la partie F

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

☐ Oui

Dans quel département :

N° de dossier :

→ **Cocher la case OUI et remplir le numéro du département et le numéro de dossier inscrit sur vos documents MDA.**

Remplir une demande à la MDPH pour un renouvellement de l'accompagnement du DAME

Etape 2 :

Remplir l'identité de votre enfant qui est accompagné par le DAME →

Remplir la partie « comment souhaitez-vous être contacté ? » →

Préciser les informations CAF avec le numéro d'allocataire et l'Assurance maladie . Si possible indiquer le numéro de sécurité sociale de votre enfant que vous trouverez sur votre attestation de sécurité sociale. →

Remplir la partie concernant les parents ou représentants légaux →

A chaque bas de page mettre le nom et prénom de l'enfant

A Votre identité		Renseignements obligatoires	
A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande			
Sexe :	☐ Homme ☐ Femme		
Nom de naissance :	Nom d'époux/se ou d'usage :		
Prénoms :	Date de naissance : / /		
Nationalité :	☐ Française ☐ Espace Économique Européen ou Suisse ☐ Autre		
Commune de naissance :	Département :		
Pays de naissance :	☐ France ☐ Autre, préciser :		
Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France : / /			
Complément d'adresse (si besoin précisez le nom de la personne qui vous héberge) :			
Adresse (numéro et rue) :			
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 :			
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			
2/20		Nom : Prénom :	

Remplir une demande à la MDPH pour un renouvellement de l'accompagnement du DAME

Etape 3 :

Remplir A4, si votre enfant à plus de 18 ans et qu'il bénéficie d'une tutelle Curatelle,

A Votre identité		Renseignements obligatoires	
A3 Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH Vous acceptez que nous contactions ces personnes afin de mieux évaluer votre situation			
		☐ Un proche ☐ Une association ☐ Autre	
Nom de l'association (si pertinent) :			
Nom et prénom de la personne :			
N° et rue :			
Complément d'adresse :			
Code postal :			
Commune :			
Téléphone :		Adresse e-mail :	
A4 Vous bénéficiez d'une mesure de protection			
Type de mesure de protection (tutelle, curatelle, curatelle renforcée, habilitation familiale) :		Représentant légal 1	
Nom de l'organisme (si pertinent) :			
Nom de la personne :		Représentant légal 2 (le cas échéant)	
Date de naissance :			
N° et rue :			
Complément d'adresse :			
Code postal :			
Commune :			
Téléphone :			
Adresse e-mail :			
A5 Vous pensez être dans une situation nécessitant un traitement rapide de votre demande Merci de cocher si vous pensez être dans une des situations suivantes :			
☐ Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous		☐ Vous risquez rapidement de perdre votre travail	
☐ Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir		☐ Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation	
☐ Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement		Date d'entrée prévue : / /	
Expliquer la difficulté :			
☐ Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc...)			
Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance :			
Nom :		Prénom :	
		3/20	

A chaque bas de page mettre le nom et prénom de l'enfant

Remplir une demande à la MDPH pour un renouvellement de l'accompagnement du DAME

Etape 4 :

Cette page est importante car elle devra être signée par les 2 parents (même séparés ou divorcés) ou représentants légaux

A Documents à joindre obligatoirement à votre demande

Renseignements obligatoires



- Un certificat médical de moins de 6 mois prévu pour les demandes MDPH
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal (Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (Pour les enfants, joindre le justificatif de domicile du représentant légal ; pour les personnes hébergées par un tiers : justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

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

Le :

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

Attention il faut la signature des 2 parents obligatoirement, sinon refus du dossier

Signature :

☐ J'accepte, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.

ou

☐ Je n'accepte pas que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.

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

☐ Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants :

- Renouvellement d'un droit ou d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas évolué,
- Reconnaissance des conditions nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de l'aidant d'une personne handicapée,
- Attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH),
- Situation d'urgence.

Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçu(e) par la CDAPH.

Les informations que vous donnez sont confidentielles. La loi vous donne le droit d'être reçu par la CDAPH. La CDAPH, c'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Créée par la loi 2005-102 du 11 février 2005, elle prend les décisions d'attribution des droits aux personnes avec un handicap sur la base de l'évaluation et des propositions de la MDPH. Une évaluation approfondie va maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous recontactera si nécessaire. Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. »
(Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal)

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

M.D.P.H.
Formulaire de demande

MDPH

Accueil physique :
Accueil téléphonique :

4/20

Nom :

Prénom :

Mettre la date du jour

Cocher son représentant légal

Il est préférable de cocher cette case

Cochez cette case pour certifier que les informations sont exactes

A cocher également puisque c'est un simple renouvellement

A chaque bas de page mettre le nom et prénom de l'enfant

Remplir une demande à la MDPH pour un renouvellement de l'accompagnement du DAME

Etape 5 :

Attention la page 5-6-7-8-9 ne sont pas à remplir en cas de renouvellement !

C Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne la scolarité ou la vie étudiante

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Établissement(s)

Vous disposez actuellement d'accompagnements ou de soins :

☐ Soins hospitaliers ☐ Soins en libéral

☐ Autre, préciser :

Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :

☐ Aménagements et adaptations pédagogiques ☐ Outils de communication ☐ Matériel informatique et audiovisuel

☐ Matériel déficience auditive ☐ Matériel déficience visuelle ☐ Mobilier et petits matériels

☐ Transport

☐ Autre, préciser :

Vous disposez actuellement d'une aide humaine aux élèves handicapés :

☒ Si oui, préciser laquelle : **AESH**

Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux...) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée	DAME	DAME	CMP	DAME	ECOLE		
Midi	DAME	ECOLE	DOMICILE	DAME	DAME	DOMICILE	DOMICILE
Après-midi	ECOLE	DAME	DOMICILE	DAME	DAME		
Soirée/nuît	DOMICILE	DOMICILE	DOMICILE	DOMICILE	DOMICILE		

10/20

Nom :

Prénom:

Selon la situation, si vous devez faire le renouvellement de l'AESH (AVS scolaire), cocher oui et noter AESH

Remplir l'emploi du temps en indiquant le temps au DAME, à l'école, au domicile. Rien de plus.

Exemple :

A chaque bas de page mettre le nom et prénom de l'enfant

Remplir une demande à la MDPH pour un renouvellement de l'accompagnement du DAME

Etape 6 :

Attention la page 11-12-13-14-15-16 ne sont pas à remplir en cas de renouvellement !

E Expression des demandes de droits et prestations

E1 Demandes relatives à la vie quotidienne

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

Vous avez moins de 20 ans :

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

Cette partie résume vos besoins en renouvellement donc pour la plupart d'entre vous il faut cocher les cases suivantes si elles correspondent à vos besoins

Pour cette partie il faut bien noter:

« demande de renouvellement du DAME de Nogent le Rotrou »

Puis selon les besoins de l'enfant :

« demande de renouvellement AESH »

« Demande de renouvellement de l'ULIS » (si votre enfant est accompagné par ce dispositif au Lycée, collège ou en classe primaire)

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 :

A chaque bas de page mettre le nom et prénom de l'enfant

Nom :

Prénom:

17/20

Remplir une demande à la MDPH pour un renouvellement de l'accompagnement du DAME

Etape 7:

Vous avez terminé de remplir la demande MDPH, cependant vous devrez la joindre au certificat médical rempli (document sur la page internet : <https://www.lespep28.org/dame-de-nogent-le-rotrou/>)

Certificat médical à compléter par votre médecin traitant ou par le médecin du DAME en prenant RDV auprès du secrétariat du DAME DE NOGENT LE ROTROU au 02 37 53 62 80



Certificat médical

A joindre à une demande de droits et prestations personnes handicapées à la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA)

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

A l'attention du médecin

Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande (droits et prestations personnes handicapées) à la MDA.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDA qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. Les professionnels de la MDA restent à votre disposition.

Depuis votre précédent certificat médical:

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

* «Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un

Les documents devront être retournés (demande MDPH et certificat médical) le vendredi 13 janvier 2023 au plus tard