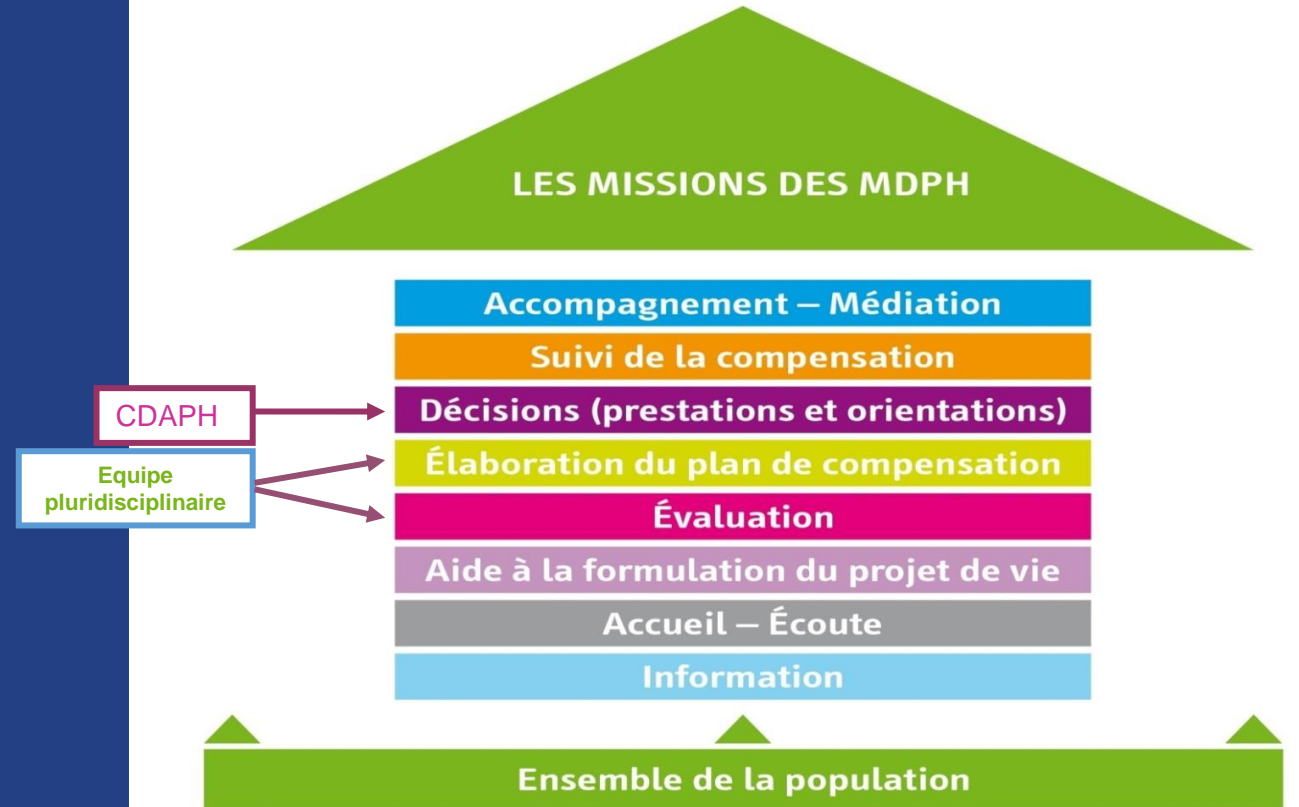




# La demande de RQTH

Remplir le dossier pas-à-pas et points de vigilance !

La loi du 11 février 2005 crée un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées = 1 **MDPH** dans chaque département Français



# COMPLETUDE DU DOSSIER

## DOCUMENTS OBLIGATOIRES

- FORMULAIRE DE DEMANDE cerfa n°15692\*01
- CERTIFICAT MEDICAL cerfa n°15695\*01 (de moins d'un an)
- JUSTIFICATIF D'IDENTITE (en cours de validité)
- JUSTIFICATIF DE DOMICILE (de moins de 3 mois)

## DOCUMENTS FACULTATIFS UTILES

- BILANS PROFESSIONNELS (stages en entreprises, en ESAT, action de remobilisation et/ou de formation ex : #avenir, horizon...)
- BILANS MEDICAUX (bilan ergo, orthophoniste, ORL, cardiologue...)
- IMAGERIES MEDICALES
- Tout autre document utile à l'évaluation des besoins...

**IMPORTANT :** le formulaire de demande est à remplir le plus précisément possible car il sert de base à l'évaluation des besoins de compensation

# Le formulaire



**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<sup>er</sup> septembre 2017 et le 1<sup>er</sup> 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.

Le renouvellement des prestations doit être déposé 6 mois avant la fin des droits en cours au risque d'une rupture des droits.

La demande doit être déposée auprès de la MDPH du lieu de résidence de la personne.

Si la personne vient d'un autre département, il faut demander à la MDPH d'origine le transfert du dossier en fournissant un justificatif du nouveau domicile.

## Que dois-je remplir ?

<input type="checkbox"/> C'est ma première demande à la MDPH	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
<input type="checkbox"/> Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé	
<input type="checkbox"/> Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits	
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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 :

Si c'est un renouvellement, il faut indiquer le numéro de dossier et le département.

- C'est une première demande à la MDPH : la personne n'a jamais déposé de dossier à la MDPH.
- Je souhaite une réévaluation de ma situation et / ou une révision de mes droits : la personne a un numéro de dossier. Il faut fournir de nouveaux éléments médicaux, sociaux, professionnels, scolaires (bilans, comptes rendus) avec la demande.
- Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé : La personne a déjà un dossier et demande les mêmes droits
- Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins : C'est un complément d'informations.



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 :

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

**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

MDPH

- Possibilité d'indiquer une difficulté pour faire remplir le certificat médical. A savoir que vous pouvez, dans ce cas, demander au spécialiste ou au médecin du travail s'il est possible de prendre le relais.

### Il faut impérativement :

- Dater et signer le dossier
- Certifier sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées. Il est impératif de cocher cette case pour que le dossier soit recevable. Si la case n'est pas cochée, le dossier vous sera retourné.

### A savoir :

- Pour les dossiers de demandes pour enfants, la signature des deux parents est obligatoire.
- Il est vivement conseillé de cocher la case « J'accepte (...) ».
- Possibilité de cocher le bénéfice d'une procédure simplifiée pour un traitement plus rapide.

## 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 : \_\_\_\_\_

**Où vivez-vous ?**

Vous avez un logement indépendant et vous êtes :  propriétaire  locataire

Dans un établissement médico social ou de soins (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

**Avez-vous déjà eu ?**  Un accident causé par un tiers  Un accident du travail

Un autre accident, précisez : \_\_\_\_\_

**Suite à cet accident y a-t-il une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti ?**  Oui  Non

Si oui, auprès de quel organisme : \_\_\_\_\_

**Aide financière et ressources**

**Vous recevez les aides, ressources et/ou prestations suivantes :**

Allocation aux adultes handicapés (AAH)  Revenu de solidarité active (RSA)

Allocation chômage versée par Pôle Emploi  Allocation de solidarité spécifique (ASS)

**Dans les 12 mois précédant votre demande, avez-vous perçu :**

Un revenu d'activité  Des indemnités journalières

Un revenu issu d'une activité en ESAT Du : / / Au : / /

**Pension d'invalidité :**  1<sup>re</sup> catégorie  2<sup>e</sup> catégorie  3<sup>e</sup> catégorie depuis le : / /


Autres pensions de ce type : (pension des deux tiers, d'incapacité, etc...)

Majoration tierce personne  Allocation supplémentaire d'invalidité

Rente d'accident ou maladie professionnelle  Prestation complémentaire de recours à tierce personne

Retraite pour inaptitude dans la fonction publique ou retraite anticipée depuis le : / /

Taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) : \_\_\_\_\_ %

 **Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité**

**Copie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle**

Pension de retraite **Vous êtes retraité(e) depuis le :** / /

Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées)

Vous avez demandé une pension de retraite

Vous êtes bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

## B1- la vie quotidienne :

Ce paragraphe permet de mieux connaître certains éléments :

- Est-ce que la personne est entourée ou isolée
- Est que la personne bénéficie déjà de droit CPAM - CAF - CARSAT



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

#### 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

### B2 Vos besoins dans la vie quotidienne

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 ;
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parent(s) ;
- 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.

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"/> Autre besoin, précisez :	<input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

- B2 – Vos besoins dans la vie quotidienne : Cette partie correspond plus aux demandes liées aux cartes ou PCH (prestation de compensation).

Pour autant, cela permet d'indiquer les difficultés et besoins dans le quotidien.

Cela permet aux équipes d'évaluation de prendre en compte le recueil des besoins de l'utilisateur croisé avec les différents points de vue des professionnels accompagnants : médicaux, professionnels, sociaux...

## B Vie quotidienne

Henseignements obligatoires  
sauf renouvellement avec  
situation inchangée

### Besoin pour se déplacer

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer dans le domicile          | <input type="checkbox"/> Pour utiliser un véhicule              |
| <input type="checkbox"/> Pour sortir du domicile ou y entrer        | <input type="checkbox"/> Pour utiliser les transports en commun |
| <input type="checkbox"/> Pour se déplacer à l'extérieur du domicile | <input type="checkbox"/> Pour partir en vacances                |

Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer ?  Oui  Non

Autre situation, précisez :

### Besoin pour la vie sociale

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre    | <input type="checkbox"/> Pour s'occuper de sa famille   |
| <input type="checkbox"/> Pour avoir des activités sportives et des loisirs | <input type="checkbox"/> Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative...) |
| <input type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres                | <input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité   |

Autre besoin, précisez :

## 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 animale  |
| <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) |

Autre attente, précisez :

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

Nom :

Prénom :

7/20

## • B3- Les attentes :

Une aide pour se déplacer : pour les demandes de CMI, accompagnement dans les déplacements, financement spécifique lié au déplacement

Une aide financière pour un minimum de revenu : pour les demandes AAH

Les autres cases correspondent essentiellement pour les demandes de PCH

## B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires  
sauf renouvellement avec  
situation inchangée

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



Merci de joindre **si possible** les documents justificatifs suivants.  
Ils sont nécessaires à l'évaluation de votre situation et faciliteront le traitement de votre demande :

- Justificatifs, factures ou devis en votre possession concernant les frais évoqués en B1 et B3
- En cas de réduction d'activité professionnelle pour la prise en charge de l'enfant en situation de handicap : Contrat de travail, bulletin de salaire, ou attestation de l'employeur justifiant la réduction du temps de travail ou le temps de travail effectif du ou des parents
- En cas d'emploi rémunéré d'une tierce personne : Attestation d'emploi, contrat de travail, déclaration URSSAF, facture d'un service à domicile, précisant le nombre d'heures d'aide humaine
- En cas d'attribution d'une pension de retraite ou d'une pension d'invalidité avec Majoration tierce personne, ou d'une rente accident du travail maladie professionnelle avec prestation pour recours à une tierce personne, joindre une copie du justificatif

Le projet de vie est pris en compte lors des demandes. Il est indispensable d'écrire une petite note.

C'est la partie qui permet à la personne de s'exprimer librement sur ses difficultés et ses attentes.

La présentation du quotidien de la personne (en étant le plus factuel possible) permet de mieux saisir les retentissements du Handicap



Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne  
la scolarité ou la vie étudiante

Toute la partie concerne les aménagements possibles durant la scolarité.

## D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel

### D1 Votre situation

Vous avez un emploi depuis le : / /

En milieu ordinaire  En entreprise adaptée  
 En milieu protégé (Établissements et services d'aide par le travail – ESAT)

**Votre type d'emploi :**  
 CDI  CDD  Interim  Contrat aidé

Votre employeur :  
Nom :  
Adresse :

Stagiaire de la formation professionnelle  
Rémunéré :  Oui  Non  
Préciser le nom de l'organisme :  
 Travailleur indépendant. Régime :

**Votre emploi :**  
 Temps complet  
 Temps partiel

Si temps partiel, fournir une copie du contrat de travail

Est-il adapté à votre handicap ?  Oui  Non, préciser :

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap ?

Vous bénéficiez ou avez bénéficié d'un accompagnement pour conserver votre emploi :  
 Par un service de santé au travail  Par le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH)

Fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin de santé au travail ou dernière fiche de visite médicale auprès du médecin de santé au travail.  
 Des aménagements ont été réalisés sur votre poste de travail. Préciser lesquels :

Vous êtes actuellement en arrêt de travail depuis le : / /

Arrêt maladie avec indemnités journalières  Arrêt suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle  
 Arrêt maladie sans indemnités journalières  Congé maternité / congé d'adoption / autres

Avez-vous rencontré un professionnel du service social de votre caisse de retraite ?  Non  Oui, le / /

Avez-vous rencontré le médecin de santé au travail en visite de pré-reprise ?  Non  Oui, le / /

Nom : Prénom: 13/20

Le volet D (pages 13 à 16) doit obligatoirement être rempli pour une demande de RQTH/Orientation professionnelle et fortement conseillé pour une demande d'AAH

**En activité:** vous devez remplir la partie D1

Cette partie permet de comprendre dans quelle entreprise la personne travaille, le type de poste et de contrat.

**Pour rappel :** si la personne est en temps partiel, il faut fournir le contrat de travail

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap? : lister les tâches ou postures que la personne ne « sait plus faire » et qui sont demandés pour le poste.

Indiquer si la personne est accompagnée par :

- un service de prévention et santé au travail
- un organisme type CAP EMPLOI

Préciser les préconisations du médecin du travail ou les aménagements mis en place. *Joindre les justificatifs*

En arrêt de travail, au moment du dépôt du dossier :

Il faut également préciser la date de l'arrêt, l'indemnisation et surtout indiquer si vous avez rencontré le médecin du travail ou un assistant social de la CARSAT

Vous êtes sans emploi depuis le : / /

Avez-vous déjà travaillé :  Oui  Non

Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes actuellement sans emploi :

Votre situation :

Inscrit(e) à Pôle Emploi

En formation continue. Préciser :

Étudiant(e) (dans ce cas compléter également la partie C)

Depuis le : / /

Accompagnement vers l'emploi réalisé par :

Mission locale  Cap emploi  Pôle Emploi  Un référent RSA désigné par le Conseil Départemental

Autres, préciser :

Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?

Aides de l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)

Aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou d'une orientation professionnelle valant RQTH (orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées vers un ESAT, vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP) ?  Oui  Non

En cas de recherche d'emploi/ ou d'un complément par Pôle emploi :

Il faut remplir cette partie.

Indiquer l'organisme qui accompagne la personne dans sa recherche d'emploi

Bénéficiez-vous des prestations?

Uniquement si la personne a bénéficié d'un accompagnement par l'AGEFIPH ou le FIPHFP

Cocher la case : si la personne possède une RQTH ou une orientation professionnelle

**D2** Votre parcours professionnel

Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

Année(s)	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Temps plein ou partiel	Motif de fin d'activité
Exemple : 1998 6 mois	Hôtesse de caisse	E Leclerc	Temps partiel	Fin du CDD

Votre niveau de qualification :

Primaire  Secondaire  Supérieur

Dernière classe fréquentée :

Vos formations :

Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), précisez laquelle / lesquelles :

Diplômes obtenus :  
Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

Si vous avez déjà effectué un bilan (compétences, module d'orientation professionnelle - MOP, pré-orientation...), précisez l'année et l'organisme :

D2 – le parcours professionnel :

Cette partie permet à la MDPH d'évaluer le parcours et la capacité à retrouver un emploi.

Même si la personne est dans l'emploi, il est nécessaire de la compléter.

Possibilité de joindre un CV ou remplir la partie (idéalement un CV)

D3 Votre projet professionnel

Avez-vous un ou plusieurs projet(s) professionnel(s) ?  
Si oui, le(s)quel(s) :

Avez-vous besoin d'un soutien pour :

Faire un bilan de vos capacités professionnelles       Accéder à un emploi  
 Préciser votre projet professionnel       Accéder à une formation  
 Adapter votre environnement de travail

Avez-vous éventuellement déjà identifié une structure qui pourrait répondre à vos attentes? Si oui, laquelle :  
Avez-vous déjà pris contact avec cette structure ?  Oui  Non

Autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre situation professionnelle :

D3 – Votre Projet Professionnel :

S'il y a un projet de formation, de réorientation professionnelle.

**Détailler le projet** : l'intitulé, la formation par exemple, si la réorientation est liée à un risque de perte d'emploi.

Cela peut être également une démarche de réflexion sur la réorientation professionnelle comme un bilan de compétences par exemple.

Autres renseignements importants:

Cette partie permet de rajouter des éléments par rapport à votre projet ou des informations complémentaires pour une meilleure compréhension de la situation vis-à-vis de l'emploi.

Besoin d'aménagement pour se maintenir dans l'emploi par exemple.

Il convient d'indiquer les répercussions du/des problèmes de santé sur la vie professionnelle de façon la plus concrète possible



## A noter

- Une décision de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé est assortie d'une décision d'orientation professionnelle.
- Une étude de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé est engagée à l'occasion de l'évaluation de toute demande d'attribution ou de renouvellement de l'AAH.
- La Commission des Droits et de l'Autonomie (CDAPH) peut rejeter la demande de RQTH si elle considère que, compte tenu de son état de santé, la personne peut accéder normalement à l'emploi ou la personne ne présente pas de difficultés à conserver son emploi.
- Le bénéficiaire de la RQTH n'est pas tenu d'en informer son employeur. Cependant, la RQTH peut aider au recrutement et à l'aménagement du poste de travail.

## 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 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)

### 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 :

--

La partie E précise les demandes :

E1 – E2 – E3 vont permettre d'identifier clairement la demande.

**Il est fortement recommandé de cocher à minima une case.**

E1 – les demandes pour la vie quotidienne:

Il faut être vigilant en raison de la distinction entre

– de 20 ans et + de 20 ans

E2 – les demandes pour la vie scolaire:

Demandes liées à partie C, aide, accompagnement et compensation dans le parcours scolaire.

Nom :

Prénom:

17/20

## E Expression des demandes de droits et prestations

### 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 (UJEROS)
- 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. Peut 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.

#### Bénéficiez vous de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) ?

**Dans ce cas il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH car l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés vaut RQTH.**

Vous bénéficiez de l'OETH si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- Titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- Ancien militaire ou assimilé, titulaire d'une pension militaire d'invalidité à condition que votre invalidité ait réduit de deux tiers votre capacité de travail ou de gain ;
- Veuve ou orphelin de victime militaire de guerre ou de titulaire de pension militaire d'invalidité (sous certaines conditions) ;
- Titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;
- Titulaire de la carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité ;
- Titulaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Par ailleurs certaines orientations professionnelles valent RQTH. Ainsi, il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH si vous bénéficiez d'une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vers un Établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP). -

Vous venez de formuler une demande de droits et prestations.

Conformément à la loi du 11 février 2005, l'équipe de la MDPH peut proposer à la décision de la CDAPH, sur la base de l'examen de votre situation et de l'expression de vos besoins, l'ouverture de droits complémentaires.

## E3- demandes pour le travail, l'emploi et la formation:

Dans le cas d'une demande de RQTH, une orientation professionnelle sera automatiquement attribuée même sans avoir coché la case.



Cette partie est nécessaire uniquement si une personne aide dans la vie quotidienne le demandeur.

Sur cette partie, elle pourra s'exprimer sur ce qu'elle fait et ses besoins.

Elle peut faire partie des demandes relatives à la vie quotidienne (PCH, orientation vers un établissement, une prise en charge médico-sociale, aide financière ...)

# LE CERTIFICAT MEDICAL

**Certificat médical**  
A joindre à une demande à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

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 MDPH 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 à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH 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 MDPH 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

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ?  Oui  Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ?  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 polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation de M. ou Mme \_\_\_\_\_  
depuis mon précédent certificat. Signature: \_\_\_\_\_

**A l'attention du patient**

Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation sécurité sociale : \_\_\_\_\_ N° de dossier auprès de la MDPH : \_\_\_\_\_

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?  
\_\_\_\_\_

**A joindre à ce document**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

## Le certificat médical:

Il est composé de 4 pages recto/ verso

Il doit être rempli par le médecin traitant et/ou médecin spécialiste.

## Partie : A l'attention du médecin :

Si c'est un renouvellement, le médecin traitant peut remplir uniquement la première page, dans le cas où il n'y aurait aucun changement depuis le dernier dépôt.

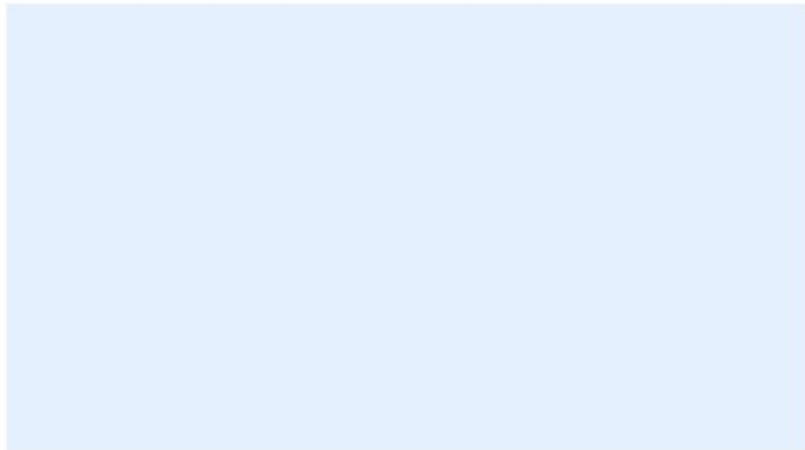
Dans le cas contraire, il est préférable de remplir toutes les pages du dossier.

## Partie : A l'attention du patient:

Le demandeur doit toujours indiquer son identité sur le dossier médical avec le numéro d'immatriculation et numéro dossier MDPH (en cas de renouvellement).

Il doit préciser ses demandes (RQTH par exemple).

### 7. Remarques ou observations complémentaires si besoin



### 8. Coordonnées et signature

Docteur :	<input type="text"/>	Médecin traitant :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Identifiant RPPS :	<input type="text"/>	Identifiant ADELI :	<input type="text"/>
Adresse postale :	<input type="text"/>		
Téléphone :	<input type="text"/>	Email :	<input type="text"/>
Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :			
<input type="text"/>			
Fait à :			
<input type="text"/>			
Signature du médecin	Signature du patient (non obligatoire)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

### Dans le Certificat médical:

Il faut faire apparaître toutes les pathologies dont souffre le demandeur.

### Coordonnées et signatures :

Il faut vérifier que le médecin traitant a bien rempli la partie avec ses coordonnées.

De plus, un certificat non daté, non signé et/ ou sans cachet du médecin sera retourné au demandeur

Vérifier que tout soit bien lisible

### **Des pièces complémentaires peuvent être demandées par la MDPH:**

- La fiche de liaison du médecin du travail
- Bilan auditif
- Bilan ophtalmologie
- La fiche de liaison du psychiatre et autres bilans ou comptes rendu de spécialistes (documents récents)

En leur absence dans le dossier, ces pièces ne bloquent pas l'étude du dossier.

Cependant, elles peuvent être demandées par la MDPH en complément d'information,

Elles peuvent être remplacées par d'autres documents équivalents.

# Volet 1



15695\*01

MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DU TRAVAIL

Compte rendu type pour un bilan auditif à joindre au certificat  
médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date du bilan: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 1 - Description de la déficience auditive

La déficience auditive est-elle congénitale?  Oui  Non

Sinon, à quel âge est elle apparue? - Âge au diagnostic: \_\_\_\_\_ - Âge au premier appareillage: \_\_\_\_\_

La déficience auditive est-elle syndromique?  Oui  Non

Si oui, quelles sont les déficiences associées? \_\_\_\_\_

- Degré de surdité (sans correction) selon les critères de classification du BIAP:

(audiogramme tonal et vocal à compléter au verso)

OD:  Normal  Léger  Moyen  Sévère  Profond

OG:  Normal  Léger  Moyen  Sévère  Profond

Contexte évolutif:  amélioration  stabilité  aggravation  non définie

Si amélioration possible: Dans quel délai? \_\_\_\_\_ Comment? \_\_\_\_\_

- Signes associés:

acouphènes, préciser fréquence et intensité: \_\_\_\_\_

vertiges, préciser fréquence et intensité: \_\_\_\_\_

hyperacousie, préciser fréquence et intensité: \_\_\_\_\_

- Appareillage auditif: OD:  Oui  Non Date de l'appareillage actuel: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OG:  Oui  Non

Si Implant cochléaire, préciser le(s) côté(s):  OD  OG Date(s) d'implantation: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 2 - Modes de communication utilisés (au quotidien); plusieurs réponses possibles

Oral  LPC  LSF  LSF Tactile  Français Signé  Écrit  Écriture furtive ou fictive

Pictogrammes  Autre, préciser: \_\_\_\_\_  Aucune communication codée

Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC..)  Oui  Non

Préciser le type d'aide: \_\_\_\_\_

Communication orale possible au téléphone sans appareillage:  Oui  Non

avec appareillage (conventionnel ou implant):  Oui  Non

## 3 - Retentissement fonctionnel des troubles auditifs sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Cachet

Signature:

## Le bilan auditif

Peut être remplacé par un compte rendu de l'ORL accompagné de l'audiogramme.

Ces éléments sont indispensables pour les demandes de financement d'appareillage auditif via la prestation de compensation (PCH).



# Volet 2



Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

Diagnostic principal: \_\_\_\_\_

Pathologies associées: \_\_\_\_\_  
L'acuité visuelle de loin doit être mesurée avec la meilleure correction optique tolérée (en dehors de tout système optique grossissant) et transposée en système décimal. L'acuité visuelle de lecture doit être mesurée avec l'addition liée à l'âge et en lecture fluide.

**Acuité visuelle avec correction:**  Œil droit  Œil gauche

- de loin (équivalent échelle de Monoyer) \_\_\_\_\_  
- de lecture (équivalent échelle de Parinaud à 40 cm) \_\_\_\_\_

Remarque: les éléments suivants sont particulièrement importants à renseigner dans la mesure où ils apportent des éléments complémentaires sur l'importance de l'atteinte visuelle.

Le champ visuel binoculaire est-il normal?  Oui  Non (compléter le tracé au verso)

La vision des couleurs est-elle normale?  Oui  Non (préciser)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale?  Oui  Non (préciser)

Autres signes cliniques: (préciser)

- Nystagmus  Oui  Non
- Diplopie  Oui  Non
- Photophobie  Oui  Non
- Cécité nocturne  Oui  Non
- Présence d'hallucinose  Oui  Non

Évolution prévisible des troubles:  amélioration  stabilité  aggravation  non définie

Si amélioration: Dans quel délai? \_\_\_\_\_ Comment? \_\_\_\_\_

## Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et/ou professionnelle: questionnaire pratique

• Difficultés dans: (cocher si nécessaire le besoin de tierce personne)

- La lecture et l'écriture?  Oui  Non  tierce personne
- La reconnaissance des visages à 1 m?  Oui  Non  tierce personne
- Les gestes de la vie quotidienne? (ex: préparation et prise des repas...)  Oui  Non  tierce personne
- Utilisation du téléphone et appareils de communication?  Oui  Non  tierce personne
- Adresse gestuelle? (ex: tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner)  Oui  Non  tierce personne
- Les déplacements intérieurs?  Oui  Non  tierce personne
- Les déplacements extérieurs?  Oui  Non  tierce personne

• Nécessité d'aides techniques spécialisées? (optique, canne blanche, autres...)  Oui  Non

Préciser: \_\_\_\_\_

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers?  Oui  Non

• Autres difficultés: \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Cachet

Signature:

## **[Lien vers fiches pratiques CNSA](#)**

### **CONTACTS MDPH :**

**MDPH 76 : Mathilde Heraud RIP [mathilde.heraud@seinemaritime.fr](mailto:mathilde.heraud@seinemaritime.fr)**

**MDPH 27 : [mdph-eure@eure.fr](mailto:mdph-eure@eure.fr) Caroline Fossard RIP [caroline.fossard@eure.fr](mailto:caroline.fossard@eure.fr)**

**MDA 61 : [mda.ph@orne.fr](mailto:mda.ph@orne.fr)**

**MDPH 14 : [mdph@calvados.fr](mailto:mdph@calvados.fr)**

**MDA 50 : [mdapro@manche.fr](mailto:mdapro@manche.fr)**