

*Au-delà de 60 ans :*

Les personnes de cette tranche d'âge peuvent prétendre à :



**Demande d'affiliation  
gratuite d'un aidant familial  
à l'assurance vieillesse**

**AAH et  
complément**

**Demande relative au  
travail, à l'emploi et à  
l'orientation professionnelle**

**cartes**

**Prestation  
de Compensation  
du Handicap**

Demande de carte pour adulte  
(carte de priorité, d'invalidité, de stationnement)



**Ce document est conçu pour vous aider à remplir le formulaire de demande, mais il ne peut pas être utilisé à la place du formulaire.**

**Téléchargez le formulaire [ici](#) (Ctrl + entrée sur le lien) et remplissez-le en vous aidant des conseils ci-dessous**

**A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom d'épouse ou nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Masculin  Féminin  
Nationalité :  Française  FZE  Suisse  Autre  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : \_\_\_\_\_  
N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Nom de l'organisme de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :  
Le n° : \_\_\_\_\_ Dans quel département ? \_\_\_\_\_

cadre A « identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : cette rubrique concerne les éléments d'état civil (nom et prénom du demandeur), couverture sociale (numéro d'assuré social du demandeur) et éventuellement le numéro de dossier de la MDPH ayant traité la première ou précédente demande.

**A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande**

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Adresse électronique : \_\_\_\_\_  
Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : \_\_\_\_\_

cadre A2 « adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : coordonnées du demandeur.

#### A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle     Curatelle simple     Curatelle renforcée     Autre

Nom de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

cadre A4 « représentant légal (pour les adultes –le cas échéant) » : si le demandeur été placé sous mesure de protection juridique il convient d'indiquer de quelle mesure il s'agit (tutelle, curatelle, ou autre), et les coordonnées de la personne ou de l'organisme le représentant légalement

#### A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_  CAF     MSA     Autre

Nom et prénom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

cadre A5 « identification de l'organisme payeur de prestations familiales » : indiquer dans cette rubrique l'organisme de prestations familiales dont dépend, éventuellement, le demandeur ainsi que le nom de l'allocataire.

#### A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes :  Célibataire     Marié(e)     En couple sans être marié(e)  
 Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

cadre A6 « situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : renseigner la situation matrimoniale du demandeur, ainsi que le nombre d'enfants à charge de la famille. Pour les personnes en couple, renseigner les coordonnées et la date de naissance du conjoint

## A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> <b>Salarié(e)</b> y compris apprentissage depuis le :		
Type de contrat :		
Date de début du contrat :		
Date de fin du contrat :		
en milieu protégé ESAT depuis le :		

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> <b>Stagiaire</b> de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de votre employeur : ou organisme de formation :		
Adresse de votre employeur : ou organisme de formation :		
N° de téléphone :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation :		
<input type="radio"/> <b>Non salarié(e)</b> depuis le :		
y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
<input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi</b> depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Retraité(e)</b> depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Bénéficiaire d'une pension</b> depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Autre</b> depuis le :		
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :		

cadre A7 « situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : indiquer la situation professionnelle du demandeur ainsi que de son conjoint (CDD, CDI, Demandeur d'emploi indemnisé ou non, non salarié, RSA, AAH, pension d'invalidité, retraite...)

### A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire principal ou co-locataire     Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)  
 Propriétaire ou accédant à la propriété. Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

cadre A9 « logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge » : indiquer la situation par rapport au logement.

### B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée (projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment. Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour compléter votre Plan personnalisé de compensation. Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en matière de communication, de solariété, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, etc. Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :  
Langue française avec ou sans Langue française Parlée ou écrite OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, veuillez pas à poursuivre sur papier libre)

cadre B « Expression des attentes et besoins de la personne concernée » : Bien que facultative, cette partie est importante car elle permet d'expliquer en quoi la situation de handicap du demandeur a des répercussions sur sa vie professionnelle et sociale. C'est également l'endroit où exprimer précisément ses besoins afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de répondre au mieux à vos attentes.

### E - Demande de cartes

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

cadre E « demande de cartes » :  
En fonction du besoin, cocher la case « carte d'invalidité/priorité », « carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement », « carte européenne de stationnement »,

Pièces justificatives :

- formulaire de demande
- certificat médical de moins de 3 mois
- justificatif d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, carte de séjour en cours de validité)
- justificatif de domicile
- attestation de jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice (si le demandeur est sous protection juridique)
- 
- photocopie de la carte d'invalidité (si renouvellement ou changement de département)
- 2 photos du bénéficiaire (nom et prénom au dos)
- attestation d'attribution d'une pension d'invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie



Indiquer en haut de chaque page le nom et prénom du demandeur.

Dater et signer la demande en dernière page.

Si le demandeur est sous protection juridique, son représentant légal signe. Dans le cas contraire, il lui appartient de signer.

### Demande de P.C.H pour adulte

Prestation de compensation du handicap : aide humaine, aide technique, aménagement du logement/déménagement, aménagement du véhicule surcoût du transport, charges spécifiques/ exceptionnelles, aide animalière

Au-delà de 75 ans, le droit à la PCH n'existe plus.

Entre 60 et 75 ans, l'accès à la PCH est soumis à des [conditions particulières](#).

En revanche, il est possible, sans limite d'âge, de renouveler une ACTP.



**Ce document est conçu pour vous aider à remplir le formulaire de demande, mais il ne peut pas être utilisé à la place du formulaire.**

**Téléchargez le formulaire [ici](#) (Ctrl + entrée sur le lien) et remplissez-le en vous aidant des conseils ci-dessous**

#### A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom d'épouse ou nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Masculin  Féminin  
Nationalité :  Française  EEE ou Suisse  Autre  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
Si vous êtes à l'étranger, précisez la date d'entrée en France : \_\_\_\_\_  
N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Nom de l'organisme de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :  
Le n° : \_\_\_\_\_ Dans quel département? \_\_\_\_\_

cadre A « identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : cette rubrique concerne les éléments d'état civil, couverture sociale et éventuellement le numéro de dossier de la MDPH ayant traité la première ou précédente demande.

#### A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Adresse électronique : \_\_\_\_\_  
Si vous avez un domicile actuel ou un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : \_\_\_\_\_

cadre A2 « adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : coordonnées du demandeur.

#### A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle     Curatelle simple     Curatelle renforcée     Autre

Nom de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

cadre A4 « représentant légal (pour les adultes –le cas échéant) » : si le demandeur été placé sous mesure de protection juridique il convient d'indiquer de quelle mesure il s'agit (tutelle, curatelle, ou autre), et les coordonnées de la personne ou de l'organisme le représentant légalement

#### A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_ CAF     MSA     Autre

Nom et prénom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

cadre A5 « identification de l'organisme payeur de prestations familiales » : indiquer dans cette rubrique l'organisme de prestations familiales dont dépend, éventuellement, le demandeur ainsi que le nom de l'allocataire.

#### A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes :  Célibataire     Marié(e)     En couple sans être marié(e)  
 Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

cadre A6 « situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : renseigner la situation matrimoniale de l'adulte représentant l'enfant, ainsi que le nombre d'enfants à charge de la famille. Pour les personnes en couple, renseigner les coordonnées et la date de naissance du conjoint.



### A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :		
Type de contrat :		
Date de début du contrat :		
Date de fin du contrat :		
en milieu protégé ESAT depuis le :		

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de votre employeur : ou organisme de formation :		
Adresse de votre employeur : N° et Rue :		
ou organisme de formation Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation :		
<input type="radio"/> Non salarié(e) depuis le :		
y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
<input type="radio"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Retraité(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Bénéficiaire d'une pension depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Autre depuis le :		
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :		

cadre A7 « situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : indiquer la situation du demandeur ainsi que de son conjoint (CDD, CDI, Demandeur d'emploi indemnisé ou non, non salarié, RSA, AAH, pension d'invalidité, retraite...)

### A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire ou sous-locataire ou co-locataire     Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)  
 Propriétaire ou accédant à la propriété    Précisez : \_\_\_\_\_

cadre A9 « logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge » : indiquer la situation par rapport au logement.

### B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.

Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour concevoir votre Plan personnalisé de compensation.

Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, mobilité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, etc.

Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix, votre choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :

Langue française avec ou sans LSF, Langue française Parlée Complète (LFPC) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

cadre B « Expression des attentes et besoins de la personne concernée » :

Bien que facultative, cette partie est importante car elle permet d'expliquer en quoi la situation de handicap du demandeur a des répercussions sur sa vie professionnelle et sociale. C'est également l'endroit où exprimer précisément ses besoins afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de répondre au mieux à vos attentes.

## F - Demande de prestation de compensation

Prestation de Compensation - PCH

Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AAEH (Allocation d'Education 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 ? Il s'agit de :

Aide humaine

Précisez : \_\_\_\_\_

Aide technique, matériel ou équipement

Précisez : \_\_\_\_\_

Aménagement du logement / équipement

Précisez : \_\_\_\_\_

Aménagement du véhicule / surcoût du transport

Précisez : \_\_\_\_\_

Charges spécifiques / exceptionnelles

Précisez : \_\_\_\_\_

Aide animalière

Précisez : \_\_\_\_\_

Ce cadre permet de faire toute demande de prestation de compensation du handicap (PCH) Elle permet également de faire un renouvellement de l'**ACTP**. Cochez la case correspondant à vos besoins.

Quelle que soit la demande de PCH, cocher la case « prestation de compensation du handicap ».

En fonction du besoin, cocher la case correspondante et expliquer brièvement la nature de l'aide. (aide humaine, aide technique, aménagement du logement, aménagement du véhicule, charges exceptionnelles, aide animalières)

**Au-delà de 75 ans, le droit à la PCH n'existe plus.**

Entre 60 et 75 ans, l'accès à la PCH est soumis à des **conditions particulières**.

En revanche, il est possible, sans limite d'âge, de renouveler une ACTP.

Pièces justificatives :

- formulaire de demande
- certificat médical de moins de 3 mois
- justificatif d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, carte de séjour en cours de validité)
- justificatif de domicile
- attestation de jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice (si le demandeur est sous protection juridique)
  
- Justificatif de fonction élective (le cas échéant)
- Avantage de vieillesse, copie du titre d'invalidité, et rente d'accident de travail

- attestation d'attribution d'une pension d'invalidité de 3<sup>ème</sup> catégorie
  - déclaration de ressources de l'année antérieure
- photocopie du permis de conduire (uniquement pour l'aménagement du véhicule)



Indiquer en haut de chaque page le nom et prénom du demandeur.

Dater et signer la demande en dernière page.

Si le demandeur est sous protection juridique, son représentant légal signe. Dans le cas contraire, il lui appartient de signer.



**Ce document est conçu pour vous aider à remplir le formulaire de demande, mais il ne peut pas être utilisé à la place du formulaire.**

**Téléchargez le formulaire [ici](#) (Ctrl + entrée sur le lien) et remplissez-le en vous aidant des conseils ci-dessous**

#### A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'épouse ou nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Nationalité :  Française  Française d'Alsace  Autre

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Si vous résidez en France, précisez votre date d'entrée en France : \_\_\_\_\_

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° : \_\_\_\_\_ Dans quel département? \_\_\_\_\_

cadre A « identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : cette rubrique concerne les éléments d'état civil, couverture et éventuellement le numéro de dossier de la MDPH ayant traité la première ou précédente demande.

#### A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Si vous avez été inscrit auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : \_\_\_\_\_

cadre A2 « adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : coordonnées du demandeur.

#### A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle     Curatelle simple     Curatelle renforcée     Autre

Nom de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne ou organisme : N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

cadre A4 « représentant légal (pour les adultes –le cas échéant) » : si le demandeur été placé sous mesure de protection juridique il convient d'indiquer de quelle mesure il s'agit (tutelle, curatelle, ou autre), et les coordonnées de la personne ou de l'organisme le représentant légalement

#### A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_  CAF     MSA     Autre

Nom et prénom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

cadre A5 « identification de l'organisme payeur de prestations familiales » : indiquer dans cette rubrique l'organisme de prestations familiales dont dépend, éventuellement, le demandeur ainsi que le nom de l'allocataire.

#### A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes :  Célibataire     Marié(e)     En couple sans être marié(e)

Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

cadre A6 « situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : renseigner la situation matrimoniale de l'adulte représentant l'enfant, ainsi que le nombre d'enfants à charge de la famille. Pour les personnes en couple, renseigner les coordonnées et la date de naissance du conjoint.

## A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> <b>Salarié(e)</b> y compris apprentissage depuis le :		
Type de contrat :		
Date de début du contrat :		
Date de fin du contrat :		
en milieu protégé ESAT depuis le :		

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> <b>Stagiaire</b> de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de votre employeur :		
Adresse de votre employeur ou organisme de formation :		
N° et Rue :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone de votre employeur ou organisme de formation :		
<input type="radio"/> <b>Non salarié(e)</b> depuis le :		
y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
<input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi</b> depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Retraité(e)</b> depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Bénéficiaire d'une pension</b> depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Autre</b> depuis le :		
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :		

cadre A7 « situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : indiquer la situation professionnelle du demandeur ainsi que de son conjoint (CDD, CDI, Demandeur d'emploi indemnisé ou non, non salarié, RSA, AAH, pension d'invalidité, retraite...)

### A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire  Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)  
 Propriétaire ou accédant à la propriété

cadre A9 « logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge » : indiquer la situation par rapport au logement.

### B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment. Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour votre Plan personnalisé de compensation. Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé scolaire, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisir.  
Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :

Langue française avec ou sans LSF / Langue française Parlée Complétée / OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

cadre B « Expression des attentes et besoins de la personne concernée » :

Bien que facultative, cette partie est importante car elle permet d'expliquer en quoi la situation de handicap du demandeur a des répercussions sur sa vie professionnelle et sociale. C'est également l'endroit où exprimer précisément ses besoins afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de répondre au mieux à vos attentes.

### 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 vous contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

cadre G « affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse »

Ce cadre permet de demander à ce qu'un parent qui a mis un terme à son activité professionnelle pour s'occuper de son proche atteint d'un handicap égal ou supérieur à 80%, puisse être affilié à l'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale.



Pièces justificatives :

- formulaire de demande
- certificat médical de moins de 3 mois
- justificatif d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, carte de séjour en cours de validité)
- justificatif de domicile
- attestation de jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice (si le demandeur est sous protection juridique)



Indiquer en haut de chaque page le nom et prénom du demandeur.

Dater et signer la demande en dernière page.

Si le demandeur est sous protection juridique, son représentant légal signe. Dans le cas contraire, il lui appartient de signer.

## Demande d'allocation adulte handicapé

A partir de l'âge légal de la retraite, le bénéficiaire d'AAH doit faire valoir ses droits. Toutefois, dans le cas d'une AAH liée à un taux de plus de 80%, la prestation peut être maintenue en complément d'une retraite inférieure à son montant. Il est donc possible, quel que soit l'âge, de déposer une demande d'AAH.



**Ce document est conçu pour vous aider à remplir le formulaire de demande, mais il ne peut pas être utilisé à la place du formulaire.**

**Téléchargez le formulaire [ici](#) (Ctrl + entrée sur le lien) et remplissez-le en vous aidant des conseils ci-dessous**

### A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom d'épouse ou nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Masculin  Féminin  
Nationalité :  Française  EEE ou pays \_\_\_\_\_  Autre  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : \_\_\_\_\_  
N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Nom de l'organisme de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :  
Le n° : \_\_\_\_\_ Dans quel département ? \_\_\_\_\_

cadre A « identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : cette rubrique concerne les éléments d'état civil, couverture sociale, et éventuellement le numéro de dossier de la MDPH ayant traité la première ou précédente demande.

### A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Adresse électronique : \_\_\_\_\_  
Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : \_\_\_\_\_

cadre A2 « adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : coordonnées du demandeur.

#### A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle     Curatelle simple     Curatelle renforcée     Autre

Nom de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne ou organisme : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

cadre A4 « représentant légal (pour les adultes –le cas échéant) » : si le demandeur été placé sous mesure de protection juridique il convient d'indiquer de quelle mesure il s'agit (tutelle, curatelle, ou autre), et les coordonnées de la personne ou de l'organisme le représentant légalement

#### A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_  CAF     MSA     Autre

Nom et prénom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

cadre A5 « identification de l'organisme payeur de prestations familiales » : indiquer dans cette rubrique l'organisme de prestations familiales dont dépend, éventuellement, le demandeur ainsi que le nom de l'allocataire.

#### A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes :  Célibataire     Marié(e)     En couple sans être marié(e)

Séparé(e), divorcé(e), veuf/ve

Depuis le : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

cadre A6 « situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : renseigner la situation matrimoniale du demandeur, ainsi que le nombre d'enfants à charge de la famille. Pour les personnes en couple, renseigner les coordonnées et la date de naissance du conjoint.

## A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> <b>Salarié(e)</b> y compris apprentissage depuis le :		
Type de contrat :		
Date de début du contrat :		
Date de fin du contrat :		
en milieu protégé ESAT depuis le :		

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> <b>Stagiaire</b> de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Non rémunéré, votre employeur : ou organisme de formation		
Adresse de votre employeur :    N° et Rue :		
ou organisme de formation    Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation		
<input type="radio"/> <b>Non salarié(e)</b> depuis le :		
y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
<input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi</b>		
depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Retraité(e)</b> depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Bénéficiaire d'une pension</b> depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Autre</b> depuis le :		
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :		

cadre A7 « situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : indiquer la situation professionnelle du demandeur ainsi que de son conjoint (CDD, CDI, Demandeur d'emploi indemnisé ou non, non salarié, RSA, AAH, pension d'invalidité, retraite...)

### A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire     Hébergé chez un particulier (famille, ami...)  
 Propriétaire ou accédant à la propriété     Autres, précisez : \_\_\_\_\_

cadre A9 « logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge » : indiquer la situation par rapport au logement.

### B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment. Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre plan personnalisé de compensation. Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en matière de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, loisirs, etc. Pour un enfant, indiquez votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement : Langue française avec ou sans LPC (Langue Française Plénière ou Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française))

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

cadre B « Expression des attentes et besoins de la personne concernée » :

Bien que facultative, cette partie est importante car elle permet d'expliquer en quoi la situation de handicap du demandeur a des répercussions sur sa vie professionnelle et sociale. C'est également l'endroit où exprimer précisément ses besoins afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de répondre au mieux à vos attentes.

### 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 perçu :

- 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 : \_\_\_\_\_

cadre H « demande d'allocation aux adultes handicapés et complément de ressources ».

Cocher la case « AAH » et indiquer les revenus perçus éventuellement au cours des 12 derniers mois précédant la demande. (revenus d'activité professionnelle, d'activité en ESAT ou d'indemnités journalières de la Sécurité sociale)

Pièces justificatives.

- formulaire de demande
- certificat médical de moins de 3 mois
- justificatif d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, carte de séjour en cours de validité)
- justificatif de domicile
- attestation de jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice (si le demandeur est sous protection juridique)
- déclaration CAF ou MSA de situation pour les prestations familiales et les aides au logement.



Indiquer en haut de chaque page le nom et prénom du demandeur.

Dater et signer la demande en dernière page.

Si le demandeur est sous protection juridique, son représentant légal signe. Dans le cas contraire, il lui appartient de signer.

Demande de reconnaissance qualité travailleur handicapé,  
orientation professionnelle

Tant qu'une personne exerce une activité professionnelle, et quel que soit son âge, elle peut déposer une demande de reconnaissance de la qualité travailleur handicapé et/ ou de formation professionnelle. Cette demande concerne donc les personnes de plus de 60 ans.



**Ce document est conçu pour vous aider à remplir le formulaire de demande, mais il ne peut pas être utilisé à la place du formulaire.**

**Téléchargez le formulaire [ici](#) (Ctrl + entrée sur le lien) et remplissez-le en vous aidant des conseils ci-dessous**

**A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom d'épouse ou nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Masculin  Féminin  
Nationalité :  Française  EEE ou 3<sup>e</sup> de  Autre  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ de postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : \_\_\_\_\_  
N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Nom de l'organisme de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :  
Le n° : \_\_\_\_\_ Dans quel département ? \_\_\_\_\_

cadre A « identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : cette rubrique concerne les éléments d'état civil, couverture sociale et éventuellement le numéro de dossier de la MDPH ayant traité la première ou précédente demande.

**A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande**

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_  
Complément d'adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_  
Adresse électronique : \_\_\_\_\_  
Si vous avez hébergé auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : \_\_\_\_\_

cadre A2 « adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : coordonnées du demandeur.

#### A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle     Curatelle simple     Curatelle renforcée

Nom de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de la personne ou organisme : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

cadre A4 « représentant légal (pour les adultes –le cas échéant) » : si le demandeur été placé sous mesure de protection juridique il convient d'indiquer de quelle mesure il s'agit (tutelle, curatelle, ou autre), et les coordonnées de la personne ou de l'organisme le représentant légalement

#### A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : \_\_\_\_\_  CAF     MSA     Autre

Nom et prénom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme : N° : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

cadre A5 « identification de l'organisme payeur de prestations familiales » : indiquer dans cette rubrique l'organisme de prestations familiales dont dépend, éventuellement, le demandeur ainsi que le nom de l'allocataire.

#### A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes :  Célibataire     Marié(e)     En couple     Marié(e)

Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

cadre A6 « situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : renseigner la situation matrimoniale du demandeur, ainsi que le nombre d'enfants à charge de la famille. Pour les personnes en couple, renseigner les coordonnées et la date de naissance du conjoint.



## A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> <b>Salarié(e)</b> y compris apprentissage depuis le :		
Type de contrat :		
Date de début du contrat :		
Date de fin du contrat :		
en milieu protégé ESAT depuis le :		

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> <b>Stagiaire</b> de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de l'employeur : ou organisme de formation		
Adresse de votre employeur : ou organisme de formation		
N° et Rue :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation		
<input type="radio"/> <b>Non salarié(e)</b> depuis le :		
y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
<input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi</b> depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Retraité(e)</b> depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Bénéficiaire d'une pension</b> depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Autre</b> depuis le :		
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :		

cadre A7 « situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : indiquer la situation professionnelle du demandeur ainsi que de son conjoint (CDD, CDI, Demandeur d'emploi indemnisé ou non, non salarié, RSA, AAH, pension d'invalidité, retraite...)

### A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire  Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
- Propriétaire ou succédant à la propriété  Autres, précisez : \_\_\_\_\_

cadre A9 « logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge » : indiquer la situation par rapport au logement.

### B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée (projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment. Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour élaborer votre Plan personnalisé de compensation. Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication sociale, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, etc. Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement : Langue française avec ou sans Langue française Parlée Complétée OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous n'indiquez de place, ne s'agit pas à poursuivre sur papier libre)

cadre B « Expression des attentes et besoins de la personne concernée » : Bien que facultative, cette partie est importante car elle permet d'expliquer en quoi la situation de handicap du demandeur a des répercussions sur sa vie professionnelle et sociale. C'est également l'endroit où exprimer précisément ses besoins afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de répondre au mieux à vos attentes.

### I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

- Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH
- Autre (préciser dans le projet de vie)  Formation
- Orientation / Reclassement  Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)
- Milieu protégé (ESAT)

cadre I « demande relative au travail, à l'emploi et l'orientation professionnelle »

Cocher la case correspondant à la demande :

- RQTH pour obtenir la reconnaissance de la qualité travailleur handicapé,
- Orientation/ reclassement pour bénéficier d'une formation professionnelle et/ou être orienté vers un ESAT, le milieu ordinaire ou une entreprise adaptée.

Pièces justificatives.

- formulaire de demande
- certificat médical de moins de 3 mois
- justificatif d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, carte de séjour en cours de validité)
- justificatif de domicile
- attestation de jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice (si le demandeur est sous protection juridique)
  
- Curriculum vitae



Indiquer en haut de chaque page le nom et prénom du demandeur.

Dater et signer la demande en dernière page.

Si le demandeur est sous protection juridique, son représentant légal signe. Dans le cas contraire, il lui appartient de signer.