

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Nom d'usage : _____

Prénoms : _____

Date de naissance : _____

N° de dossier APA (en cas de révision) : _____

Adresse actuelle : _____

_____ Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____



Direction des Personnes Agées

Coordonnées de la personne de confiance (personne à contacter en cas de nécessité)

M./Mme : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Adresse mail : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

**APA VAL D'OISE
QUESTIONNAIRE MEDICAL** 1^{ère} demande Révision pour aggravation

Cher Confrère,

La Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 et le Décret n°2016-210 du 26 février 2016, relatifs aux conditions d'attribution de l'A.P.A, tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une Allocation Départementale Personnalisée à l'Autonomie pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

La demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie est instruite par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille nationale AGGIR qui permet de déterminer le groupe Iso-ressources correspondant à votre patient et ses principaux besoins d'aide.

Le questionnaire médical, ci-après, que je vous remercie de compléter ainsi que l'évaluation de la dépendance de votre patient, à l'aide de la grille AGGIR en page 4, sont des éléments importants du dossier permettant de guider l'équipe médico-sociale dans la proposition d'un plan d'aide individualisé.

Je me permets de vous rappeler que l'ensemble des personnes constituant l'équipe médico-sociale est astreint au secret professionnel (art.378 du Code Pénal).

Ce questionnaire médical est à insérer dans l'enveloppe secret médical qui doit être jointe au dossier administratif.

En vous remerciant par avance de votre collaboration et restant à votre disposition pour de plus amples informations, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes sincères salutations.

Le Médecin référent
Chef du Service d'Evaluation.

CLINIQUE (suite)

TRAITEMENT ACTUEL :

APPAREILLAGES, AIDES TECHNIQUES :

- Fauteuil roulant
- Déambulateur
- Canne(s) anglaise(s)
- Matériel à usage unique pour incontinence
- Canne simple
- Lit médicalisé
- Lève-malade
- Autres Préciser : _____

AIDES ACTUELLES	FREQUENCE ACTUELLE	FREQUENCES SOUHAITEES PAR LE MEDECIN
Soins infirmiers :		
Kinésithérapie :		
Aides à domicile : <ul style="list-style-type: none">- Aide-soignante- Auxiliaire de vie- Garde à domicile- Aide ménagère		

PATHOLOGIE ENTRAINANT ou AGGRAVANT LA PERTE D'AUTONOMIE:

CONCLUSIONS – OBSERVATIONS – POSSIBILITES D'AMELIORATION :

Fait le :

Signature et cachet du médecin obligatoires

APA Val d'Oise
GRILLE D'EVALUATION DE LA DEPENDANCE
POUR UNE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISEE
D'AUTONOMIE A DOMICILE

VARIABLES DISCRIMINANTES

	AUTONOMIE (A B C)	OBSERVATIONS
Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée		
Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
Toilette : assurer son hygiène corporelle		
Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter		
Alimentation : se servir et manger les aliments préparés		
Elimination : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale		
Transfert : se lever, se coucher, s'asseoir		
Déplacement à l'intérieur : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant,...		
Déplacement à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée, sans moyen de transport		
Communication à distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme,...		

VARIABLES ILLUSTRATIVES

Gestion : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
Cuisine : préparer des repas et les conditionner pour être servis		
Ménage : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
Transport : prendre et/ou commander un moyen de transport individuel ou collectif		
Achats : acquisition directe ou par correspondance		
Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin		
Activités de temps libre : sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou passe-temps		

Priorités à mettre en œuvre pour aider la personne à son domicile :

A : Fait seul totalement, habituellement, correctement, spontanément
 B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement, non spontanément
 C : Ne fait pas

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
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation
de M. ou Mme
depuis mon précédent certificat.

Date:

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.

1. Pathologie motivant la demande

! Questions obligatoires

! Une pièce jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :

Autres pathologies éventuelles :

Eléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition : !

Congénitale Maladie Accident vie privée
Accident du travail Maladie professionnelle

Date d'apparition :

A la naissance Depuis moins de un an
Depuis 1 à 5 ans Depuis plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

3. Description clinique actuelle

Poids : kg Taille : cm Latéralité dominante avant handicap : Droite Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :	Latéralité dominante avant handicap :		
	Permanents	Réguliers > 15 j par mois	ponctuel < 15 j par mois

Précisions :

Perspective d'évolution globale :

Stabilité

Incapacité fluctuante

Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)

Aggravation

Evolutivité majeure

Non définie



Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles



En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du cerfa n°15695*01)

Observations :



En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du cerfa n°15695*01)

Observations :

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.

Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

Hospitalisations itératives
ou programmées
Suivi médical spécialisé

Soins ou traitements nocturnes
(si oui, préciser)
Autres

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière**Fréquence****Suivis pluridisciplinaires :****Modalité de suivi**

Ergothérapeute

Infirmière

Kinésithérapeute

Orthophoniste

Orthoptiste

Psychologue

Psychomotricien

Autre

CMPP (Centre Médico
Psycho-Pédagogique)CMP
(Centre Médico Psychologique)CATTP (Centre d'Accueil
Thérapeutique à Temps Partiel)

Hôpital de jour

Autre

Projet thérapeutique :**Type d'appareillage :****Corrections auditives :**

Unilatérale

Bilatérale

Appareillage

Implant

Aide à mobilité

Déambulateur

Canne

Orthèse, prothèse (préciser)

Fauteuil roulant électrique

Fauteuil roulant manuel

Autre préciser (Ex : Scooter, ...) :

Appareillage visuel :

Télé-agrandisseur

Terminal-braille

Logiciel de basse vision

Loupe

Logiciel de synthèse vocale

**Alimentation /
Élimination :**

Gastro ou jéjunostomie d'alimentation

Stomie digestive d'élimination

Sonde urinaire

Stomie urinaire

Aides respiratoires :

Trachéotomie

O2

Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole

Prothèse phonatoire

Autre appareillage :

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche Mètres

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation		
Cannes	En intérieur	En extérieur			
Déambulateur	En intérieur	En extérieur			
Fauteuil roulant manuel	En intérieur	En extérieur			
Fauteuil roulant électrique	En intérieur	En extérieur			
Ralentissement moteur :	Oui	Non	Besoin de pauses :	Oui	Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :			Oui	Non	

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

	A	B	C	D	NSP
Marcher :					
Se déplacer à l'intérieur :					
Se déplacer à l'extérieur :					
Préhension main dominante :					
Préhension main non dominante :					
Motricité fine :					

Précisions :

Communication

	A	B	C	D	NSP
Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :					
Utiliser le téléphone :					
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...) :					
Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage	Oui		Non		

Précisions :



Cognition / Capacité cognitive

A B C D NSP

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

Orientation dans le temps :

Orientation dans l'espace :

Gestion de la sécurité personnelle :

Maîtrise du comportement :

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...) :

La personne sait-elle :

Oui

Non

NSP

Lire

Ecrire

Calculer

NSP

Entretien personnel

A B C D NSP

Toilette, habillage, continence, alimentation...

Faire sa toilette :

S'habiller, se déshabiller :

Manger et boire des aliments préparés

Couper ses aliments :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...) :

Vie quotidienne et vie domestique



Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

Prendre son traitement médical :

Gérer son suivi des soins :

Faire les courses :

Préparer un repas :

Assurer les tâches ménagères :

Faire des démarches administratives :

Gérer son budget :

Autre (préciser) :

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale :

Vie familiale

Isolement

Rupture

Autre (préciser)

Présence d'un aidant familial :

Oui

Non

Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?

Quel type d'intervention ?

Précisions :

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

Retentissement sur l'emploi :



Avis du médecin du travail joint (si disponible)

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi :

Oui

Non

NSP

Si oui, préciser :

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation :

Oui

Non

NSP

Si oui, préciser :

7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

8. Coordonnées et signature

Docteur :

Médecin traitant :

Oui

Non

Identifiant RPPS :



Identifiant ADELI :



Adresse postale :

Téléphone :

Email :

Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :

Fait à :

Signature du médecin

Signature du patient (non obligatoire)

Si votre séjour en France n'est pas régulier, l'aide médicale de l'Etat peut prendre en charge vos dépenses de santé pour les soins dispensés en ville et dans un établissement de santé. Le droit à l'AME d'une durée de douze mois est conditionné, pour les personnes majeures, à une double condition de résidence en France (**3 mois minimum de séjour irrégulier**) et de ressources qui doivent être inférieures à un certain seuil. Si les conditions sont remplies, vous serez convoqué(e) pour la remise de votre carte d'admission à l'AME.

Le droit à l'AME est ouvert également pour les personnes qui se trouvent à votre charge : conjoint, partenaire d'un PACS, concubin, enfants mineurs, ou enfants jusqu'à l'âge de 21 ans s'ils poursuivent des études ou sont dans l'incapacité permanente de travailler, cohabitant(e) (personne non mentionnée précédemment qui se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois, par exemple, un neveu de 25 ans).

Même si vous ne remplissez pas la condition de résidence en France ou de ressources, vous pouvez dès à présent faire la demande pour les personnes mineures à votre charge sans avoir à joindre de justificatif de résidence ou de ressources.

Comment déposer votre demande ?

Pour une première demande, vous ou une autre personne majeure de votre foyer, devez vous présenter physiquement à l'accueil de l'organisme d'assurance maladie de votre lieu de résidence pour y déposer votre dossier. En cas de prise en charge dans un établissement de santé ou une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), votre dossier est transmis directement à votre organisme d'assurance maladie par l'établissement concerné (dans un délai de 8 jours).

Pour un renouvellement, vous pouvez envoyer directement votre dossier à votre organisme d'assurance maladie. Vous pouvez également le déposer auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale ou auprès des services sanitaires et sociaux de votre lieu de résidence, ou des associations ou organismes à but non lucratifs agréés à cet effet.

Peuvent déposer leur première demande, dans les mêmes conditions que pour une demande de renouvellement, les mineurs isolés, les personnes à mobilité réduite (sur présentation d'une attestation sur l'honneur de situation de handicap due à une diminution des capacités de déplacement), les personnes sous curatelle (tuteur doit présenter le jugement de tutelle/curatelle renforcé).

Le demandeur et les personnes à charge

Rubrique "Nom" :

indiquez votre nom de famille. Il s'agit du nom de naissance suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu).

Rubrique "Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e)" :

joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale (CCAS ou CIAS) ou un organisme agréé, ou une attestation sur l'honneur, établie par la personne qui vous héberge.

Vous devez joindre la copie **de l'un des documents suivants qui prouve votre identité et celle des personnes qui sont à votre charge (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e)) et vivent en France :**

- passeport (copie de toutes les pages y compris les vierges),
- carte nationale d'identité (copie recto/verso),
- titre de séjour antérieurement détenu,
- extrait d'acte de naissance ou livret de famille,
- tout autre document de nature à attester votre identité et celle des personnes à votre charge.

Pour le (la) cohabitant(e), vous devez joindre une déclaration sur l'honneur, signée par vous-même et cette personne, attestant qu'elle vit sous votre toit et qu'elle se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois.

Votre résidence en France

Vous résidez en France, en situation irrégulière, depuis plus de trois mois (c'est-à-dire au-delà de la période de validité du visa, de la période de dispense de visa ou de la période de libre circulation pendant laquelle vous êtes en situation régulière) :

Joignez la copie **de l'un des documents ci-dessous :**

- passeport indiquant la date d'entrée en France (toutes les pages, même blanches),
- contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois,
- facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois,
- avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR), à la taxe foncière ou d'habitation
- quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone, datant de plus de trois mois, établie au nom de l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé par une personne physique,
- attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois,
- attestation de domiciliation établie par un organisme agréé, datant de plus de trois mois, si vous n'avez pas de domicile,
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

Vos ressources et celles des personnes à votre charge et obligation alimentaire

Indiquez la **nature** et le **montant** de vos **ressources et de celles des personnes à votre charge, perçues en France et à l'étranger (imposables ou non)**, pendant les douze derniers mois (si vous avez plusieurs enfants, indiquez, dans la même colonne, le montant total de leurs ressources). Joignez les **documents relatifs à vos ressources** en votre possession.

Les **ressources des membres de votre famille** habitant en France, en situation régulière (**père, mère, conjoint, enfants**), ne sont pas prises en compte pour vous attribuer l'aide médicale de l'Etat. En revanche, après votre admission à l'aide médicale, le préfet est habilité à leur demander le remboursement des sommes versées à ce titre.

Un contrôle de vos déclarations peut être opéré auprès de l'administration fiscale ou d'autres organismes (art. L.114-12, L.114-14 et L.114-19 du Code de la Sécurité Sociale).

Vous souhaitez corriger une erreur ? Vous avez besoin d'aide ?

Vous bénéficiez
du droit à l'erreur

Vous avez la possibilité de **corriger les informations que vous avez déclarées dans ce formulaire en application du droit à l'erreur**. Pour ce faire, ou si vous désirez des informations complémentaires, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'assurance maladie : par téléphone au **3646** Service gratuit + prix appel ou consulter le site **www.ameli.fr**

Le demandeur

Nom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Prénom(s) **Date de naissance**

Nationalité : Européenne * **Autre pays**

N° de Sécurité sociale ou d'AME *(si vous en avez un)*

N° d'allocataire *(allocations familiales - si vous en avez un)*

Adresse en France **N° tél. portable**

Code postal **Commune**

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e) ► cochez la case et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non si oui année **département :**

• **Si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours des trois derniers mois** ► cochez la case

IMPORTANT : lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME prend effet au jour de la fin des soins. Pour cela, il est nécessaire que la demande ait été présentée dans un délai de 90 jours à compter du jour de la fin des soins.

Votre résidence en France

• **Vous résidez en France de façon stable depuis le** *(joignez les justificatifs mentionnés dans la notice)*

Les personnes à votre charge résidant en France (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e))

Nom	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance

Vos ressources et celles des personnes à votre charge

Indiquez vos ressources et celles des personnes à votre charge

Nature des ressources	Vous	Votre conjoint(e), partenaire d'un PACS ou concubin(e)	Enfant(s)	Cohabitant(e)
► Ressources perçues à l'étranger	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Salaires	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Pensions, retraites et rentes	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Autres ressources (aides financières, sommes d'argent versées par un tiers, etc) <i>Précisez la nature</i>	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
► Avez-vous perçu des prestations versées par l'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale, le Pôle Emploi ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Etes-vous logé(e) à titre gratuit ? <i>Si oui, depuis quelle date ?</i>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
► Pensions alimentaires versées	_____ €	_____ €		_____ €

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devrez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (article L. 252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Fait à _____, le _____ Signature du demandeur :

Ci-contre, cachet de l'organisme ainsi que les nom et coordonnées de la personne ayant aidé le demandeur à compléter le document

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données du traitement VISABIO auprès du ministère de l'Europe et des affaires étrangères (direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire) ou du ministère de l'intérieur (direction de l'immigration). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

*, *Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Slovénie, Suède, Suisse.

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, **IMPERATIVEMENT**, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus, mentionnée sur la demande d'AME.

Les photos, en couleur, sur fond blanc, doivent être prises de face, tête nue, être récentes et parfaitement ressemblantes.

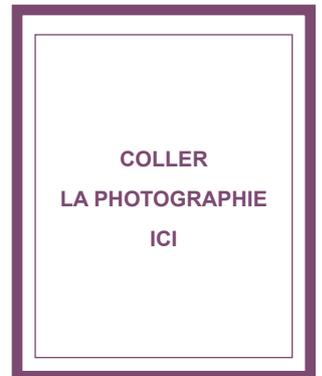
NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHESIFS

► **LE DEMANDEUR**

• Nom

• Prénom(s)

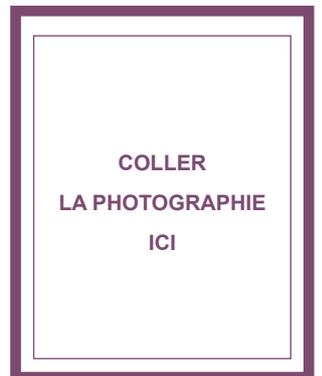
• Date de naissance



• Nom

• Prénom(s)

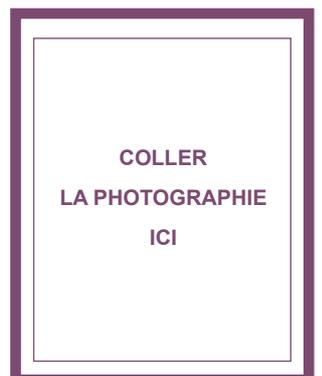
• Date de naissance



• Nom

• Prénom(s)

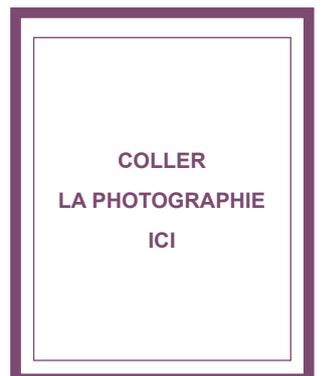
• Date de naissance



• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance



Avec la Complémentaire santé solidaire :

- vous ne payez plus vos dépenses de santé chez le médecin, le dentiste, le pharmacien, à l'hôpital, etc,
- vous bénéficiez de tarifs sans dépassement chez les médecins,
- la plupart des lunettes, prothèses dentaires et auditives sont intégralement prises en charge.

En fonction de vos ressources, une participation financière peut être due. Le montant de cette participation varie selon l'âge de chaque personne du foyer au 1er janvier de l'année d'attribution.

Conditions pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire :

Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, vous et les membres majeurs de votre foyer devez :

- bénéficier de la prise en charge de vos frais de santé par l'assurance maladie ou maternité en raison de votre activité professionnelle ou de votre résidence stable et régulière en France (protection universelle maladie),
- avoir des ressources qui ne dépassent pas le plafond fixé annuellement,
- si vous avez déjà eu la Complémentaire santé solidaire avec participation financière, être à jour de vos paiements de participation ou être en cours de régularisation.

Comment remplir votre demande ?**▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER**

(p1)

Le droit à la Complémentaire santé solidaire est ouvert pour vous-même et pour chaque membre de votre foyer. Vous devez donc renseigner les informations concernant chaque membre du foyer qui se compose de :

- vous-même,
- votre conjoint(e), votre concubin(e), ou partenaire dans le cadre d'un PACS,
- vos enfants ou ceux de votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS, âgés de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue :
 - qui vous sont fiscalement rattachés,
 - ou qui ont fait leur propre déclaration de revenus mais qui vivent sous votre toit,
 - ou qui perçoivent une pension alimentaire fiscalement déductible (sauf si elle fait suite à une décision judiciaire),
- des autres personnes de moins de 25 ans, à votre charge réelle et continue, qui vous sont rattachées fiscalement (ou à votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS)

Si la personne de moins de 25 ans vit en couple (marié(e), concubin(e) ou partenaire PACS) et qu'elle n'est plus considérée comme à charge ou a des enfants ou d'autres personnes de moins de 25 ans à charge, elle doit faire une demande individuelle :

Exemples :

- si l'un de vos enfants âgé de 22 ans habite chez vous et a un enfant, il doit faire une demande avec son enfant,
- si vos parents vivent sous votre toit, ils doivent faire une demande pour eux deux.

▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

(p1)

Dans cette rubrique, vous devez indiquer si vous ou un membre de votre foyer bénéficiez du revenu de solidarité active (RSA) ou en avez fait la demande, de l'allocation adultes handicapés (AAH), de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER

(p2)

Vous devez déclarer toutes les ressources, perçues par vous-même et les membres de votre foyer, en France ou à l'étranger. Vous n'avez pas à déclarer les ressources suivantes, non prises en compte lors de l'étude de votre demande :

- le revenu de solidarité active (RSA) et la prime d'activité,
- certaines prestations familiales : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant et le complément de libre choix du mode de garde, l'allocation versée en cas de décès d'un enfant,
- certaines prestations liées à la dépendance : la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne, les majorations pour tierce personne ainsi que la prestation de compensation du handicap, l'allocation compensatrice pour tierce personne et l'allocation personnalisée d'autonomie,
- certaines prestations liées à la maladie, à la maternité ou au décès : les indemnités complémentaires et allocations de remplacement versées aux non-salarié(e)s, le capital décès versé par un organisme de sécurité sociale ou les sommes versées en cas de décès par un régime d'assurance chômage,
- autres prestations notamment : les bourses d'études de l'enseignement soumises à conditions de ressources, les aides et secours financiers à caractère ponctuel versés par des organismes à vocation sociale ou affectés à des dépenses dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation, les indemnités et allocations versées aux volontaires en service civique, les indemnités pour les orphelins dont les parents ont été victimes de persécutions antisémites ou d'actes de barbarie durant la seconde guerre mondiale,
- les revenus du capital qui ne sont pas imposables : livret A, livret jeune, livret développement durable par exemple.

Vous êtes allocataire du revenu de solidarité active (RSA) ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) :

- En tant qu'allocataire du RSA, vous bénéficiez automatiquement de la Complémentaire santé solidaire. Ce formulaire nous permet de recueillir la composition de votre foyer et le choix de l'organisme gestionnaire de la Complémentaire santé solidaire.
- En tant qu'allocataire de l'ASPA, vous êtes réputé remplir les conditions d'attribution de la Complémentaire santé solidaire moyennant paiement d'une participation financière, si vous n'avez pas exercé d'activité professionnelle les 3 mois précédant le dépôt de votre demande.

Dans ces deux situations, **vous n'avez pas à compléter la rubrique "ressources" page 2.**

NOTICE (suite)

- Pour le calcul de votre droit à la Complémentaire santé solidaire, nous utilisons les données déclarées par les organismes qui vous versent vos rémunérations, salaires, revenus de remplacement et/ou prestations sociales. Vous n'avez pas à déclarer leur montant. Dans certains cas, il vous sera demandé de cocher les cases nécessaires. Vous pouvez retrouver sur le site www.mesdroits sociaux.gouv.fr les informations vous concernant.

En adressant votre demande de Complémentaire santé solidaire, vous acceptez l'utilisation de ces informations pour l'instruction de votre demande.

- Vous trouverez, ci-dessous des précisions pour vous aider à compléter la rubrique "Ressources" de votre demande de Complémentaire santé solidaire. Reportez-vous pour cela au numéro de la rubrique "Ressources" correspondant sur le formulaire.

Les ressources prises en compte sont celles qui ont été perçues au cours de la période des 12 mois civils précédant l'avant-dernier mois de la demande.

{ Par exemple, pour une demande faite en juin 2022, les ressources à déclarer sont celles perçues sur la période de 12 mois allant du mois de mai 2021 au mois d'avril 2022.

- 1 Si vous êtes travailleur non salarié (agricole ou non agricole) et que vous avez déjà déclaré des revenus au titre de cette activité, ceux-ci seront pris en compte selon votre dernier avis de situation déclarative ou avis d'imposition connu.
Si vous débutez votre activité non salariée (agricole ou non agricole) et que vous n'avez pas encore déclaré de revenus d'activité : indiquez le montant du chiffre d'affaires hors taxe des quatre trimestres civils précédant votre demande. Pour les gérants de société indiquez, selon votre situation, soit le montant de la rémunération perçue au cours des 12 mois civils précédant l'avant dernier mois de la demande, soit la part de bénéficiaire correspondante sur la même période. Dans tous les cas de début d'activité, joignez un justificatif.
- 2 Déclarez vos indemnités exceptionnelles non imposables.
- 3 Indiquez si vous ou l'un des membres de votre foyer êtes en arrêt de travail depuis plus de 6 mois au titre de la maladie, au chômage indemnisé (ou en situation de l'être), total ou partiel, ou si vous percevez l'allocation de solidarité spécifique ou une rémunération de stage de formation professionnelle légale, réglementaire ou conventionnelle.
- 4 Indiquez si vous ou l'un des membres de votre foyer percevez ou avez perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.
- 5 Indiquez si vous percevez des prestations familiales et/ou des aides au logement versées par la CAF ou la MSA.
- 6 Indiquez la/les pension(s) alimentaire(s) perçue(s), que leur versement fasse suite ou non à une décision de justice.
- 7 Indiquez si vous êtes propriétaire de votre logement ou si vous êtes logé(e) gratuitement : un montant forfaitaire sera ajouté aux ressources que vous nous déclarez.
- 8 Déclarez le montant des sommes placées qui n'ont pas produit de revenus au cours de la période de référence : par exemple assurance vie, actions n'ayant pas généré de revenus etc. Ce montant sera pris en compte à hauteur de 3% de sa valeur.
- 9 Autres ressources : déclarez ici vos autres ressources par exemple : les aides financières versées régulièrement par une institution, l'allocation de demande d'asile, les ressources perçues à l'étranger ou de source étrangère, les plus-values de cession mobilière et immobilière, les bourses d'études de l'enseignement non soumises à conditions de ressources (ne déclarez pas les bourses qui vous ont été accordées à vous ou à un membre de votre foyer après étude de vos ressources).
- 10 Indiquez le montant des pensions et obligations alimentaires que vous avez versées au cours de la période de référence. Elles seront déduites de vos ressources.

Important : toute rentrée d'argent, même si elle n'est pas imposable, est considérée comme une ressource et doit être déclarée (ex : gains aux jeux, dons familiaux etc...)

Les produits de placement soumis à l'impôt ne sont pas à mentionner dans l'imprimé, il en est de même pour les revenus du patrimoine. Ils sont pris en compte selon les informations qui figurent sur votre dernier avis d'imposition connu ou votre dernier avis de situation déclarative à l'impôt.

En revanche, si vous possédez un bien ou un terrain qui n'est pas loué, une valeur locative sera intégrée dans vos ressources. Pensez alors à nous fournir l'avis de taxe foncière et l'avis de taxe d'habitation correspondant à ce bien.

Vous souhaitez corriger une erreur ? Vous avez besoin d'aide ?

Vous bénéficiez du droit à l'erreur

Vous avez la possibilité de corriger les informations que vous avez déclarées dans ce formulaire en application du droit à l'erreur.

Pour ce faire, ou si vous désirez des informations complémentaires, ou nous rencontrer, vous pouvez prendre contact avec :

- Votre caisse d'assurance maladie CPAM/CGSS : par téléphone au 3646 (service gratuit + prix appel) ou consulter le site www.ameli.fr
- Votre caisse de MSA : par téléphone ou consultez le site www.msa.fr

Vous pouvez également vous adresser à la mairie, aux services sociaux, à une association et consulter le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

Demande de Complémentaire santé solidaire

(articles L.861-1 et suivants, articles R.861-2 et suivants)

**Merci de remplir ce formulaire en noir, en lettres majuscules et avec les accents.
Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la notice.**

▶ LA COMPOSITION DE VOTRE FOYER

▪ Vous-même

Vos nom et prénoms :
(nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Votre n° de sécurité sociale *(si vous en avez un) :*

Votre n° d'allocataire *(allocations familiales, si vous en avez un) :*

Votre date de naissance :

Votre nationalité : française européenne* autre

Votre adresse :

Code Postal : **Commune :**

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle, nom et adresse de l'organisme auprès duquel vous avez élu domicile

(Par exemple : un Centre Communal d'Action Sociale, une association agréée) :

Code Postal : **Commune :**

▪ Votre situation familiale a-t-elle changé au cours des 12 derniers mois ? oui non

Si oui, vous êtes : célibataire marié(e) - en concubinage - pacsé(e) séparé(e) - divorcé(e) veuf ou veuve

▪ Votre conjoint(e), votre concubin(e) ou votre partenaire dans le cadre d'un PACS

Ses nom et prénoms :
(nom de famille (de naissance) suivi de son nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Son n° de sécurité sociale *(s'il(si elle) en a un) :*

Son n° d'allocataire *(allocations familiales, s'il(si elle) en a un) :*

Sa date de naissance :

Sa nationalité : française européenne* autre

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Slovénie, Suède et Suisse.

**▪ Les autres personnes de moins de 25 ans à votre charge réelle et continue
(y compris les bénéficiaires du RSA jeune)**

Nom et prénom	Nationalité <small>(1)</small>	Lien de parenté	Garde alternée <small>(2)</small>	Date de naissance	N° de sécurité sociale
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

(1) Renseignez de la manière suivante : "FRA" si vous êtes de nationalité française, "EEE" si vous appartenez à l'un des pays de la liste des pays Européens, "AUT" si vous n'êtes pas dans l'une ou l'autre de ces situations.

(2) Cochez la case, s'il s'agit d'un enfant considéré fiscalement en garde alternée.

▶ VOUS-MEME ET LES PERSONNES DE VOTRE FOYER BENEFICIAIRES D'AIDES

Nom et prénom	A demandé le RSA	Bénéficiaire déjà du RSA	Bénéficiaire de l'AAH (1)	Bénéficiaire de l'ASPA(2) ou de l'ASV (3)	Bénéficiaire de l'ASI (4)
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Allocation aux adultes handicapés (2) Allocation de solidarité aux personnes âgées (3) Allocation supplémentaire vieillesse (4) Allocation supplémentaire invalidité

▶ LES RESSOURCES DE VOTRE FOYER (hors RSA et hors ASPA sans activité professionnelle)

☞ Précisez cette période de douze mois :

du ____ mois ____ année

au ____ mois ____ année

☞ Indiquez le montant cumulé au cours de la période de 12 mois civils précédant l'avant dernier mois de la demande (indiquez "0" en l'absence de ressources) (si le nombre de colonnes n'est pas suffisant, complétez votre déclaration sur papier libre)

	Vous	Votre conjoint(e), concubin(e) ou partenaire PACS	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans	Enfant ou personne à charge de moins de 25 ans
			Nom : Prénom :	Nom : Prénom :
1 Revenus professionnels non salariés agricoles ou non agricoles en début d'activité - chiffre d'affaires hors taxe des quatre derniers trimestres civils précédant la demande : • vente de marchandises et fourniture de logement • prestations commerciales et artisanales • activités libérales • activités agricoles - Pour les gérants de société : • rémunération ou part de bénéfice	____ € ____ € ____ € ____ €			
2 Rémunérations diverses : - Indemnités exceptionnelles non imposables	____ €	____ €	____ €	____ €
3 Etes-vous en arrêt de travail depuis plus de 6 mois au titre de la maladie ? Etes-vous au chômage indemnisé, total ou partiel ? Percevez-vous l'allocation de solidarité spécifique ? Percevez-vous une rémunération de stage de formation professionnelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
4 Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités journalières, une pension d'invalidité, une rente au titre d'un accident du travail/maladie professionnelle ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
5 Percevez-vous des prestations familiales, des aides au logement ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
6 Pension(s) alimentaire(s) perçue(s)	____ €	____ €	____ €	____ €
7 Etes-vous propriétaire de votre logement ou logé(e) gratuitement ?	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
8 Ressources placées n'ayant pas rapporté de revenus (par exemple : assurance vie)	____ €	____ €	____ €	____ €
9 Autres ressources (dons, gains aux jeux ...) Précisez la nature :	____ €	____ €	____ €	____ €
10 Pensions et obligations alimentaires versées	____ €	____ €	____ €	____ €

☞ Veuillez nous fournir le(s) justificatif(s) suivant(s) (Vous devez présenter les originaux ou des photocopies lisibles) :

Nous nous réservons la possibilité de revenir vers vous si ces informations s'avèrent insuffisantes pour l'instruction de votre dossier.

Votre situation	Justificatif(s) à fournir
Votre foyer et ses ressources (pour toutes les personnes concernées du foyer)	- Avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt (ASDIR) - Avis de taxe foncière, de taxe locale d'habitation
Si vous avez résidé à l'étranger au cours de la période de référence	Les justificatifs de situation fiscale et sociale du(des) pays concerné(s)

▶ LE CHOIX DE VOTRE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

- Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire vous devez choisir l'organisme qui sera votre interlocuteur.

Vous pouvez choisir, pour vous et les membres de votre foyer, soit votre caisse d'assurance maladie, soit l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, que vous trouverez sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr ou que vous pouvez demander à votre caisse d'assurance maladie.

Si vous choisissez une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance, votre caisse d'assurance maladie l'informera de votre choix, si vos droits à la Complémentaire santé solidaire sont reconnus, en lui transmettant les informations figurant en pages 3 et 4.

BON A SAVOIR :

- Si vous bénéficiez d'une complémentaire santé obligatoire d'entreprise, vous pouvez demander à votre employeur une dispense d'adhésion à cette complémentaire pendant la durée de votre Complémentaire santé solidaire. Un courrier de demande de dispense à cette complémentaire est disponible sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr
- Si les membres de votre foyer ne choisissent pas le même organisme que vous, photocopiez les pages 3 et 4 en autant d'exemplaires que d'organismes différents choisis en prenant soin de les compléter. Vous pouvez aussi les télécharger sur le site www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr
- Si vous choisissez un organisme complémentaire figurant dans la liste des organismes habilités à gérer la Complémentaire santé solidaire et que l'année suivante vos ressources ne vous permettent plus de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, cet organisme aura l'obligation de vous proposer de prolonger votre protection d'une année supplémentaire à un tarif préférentiel

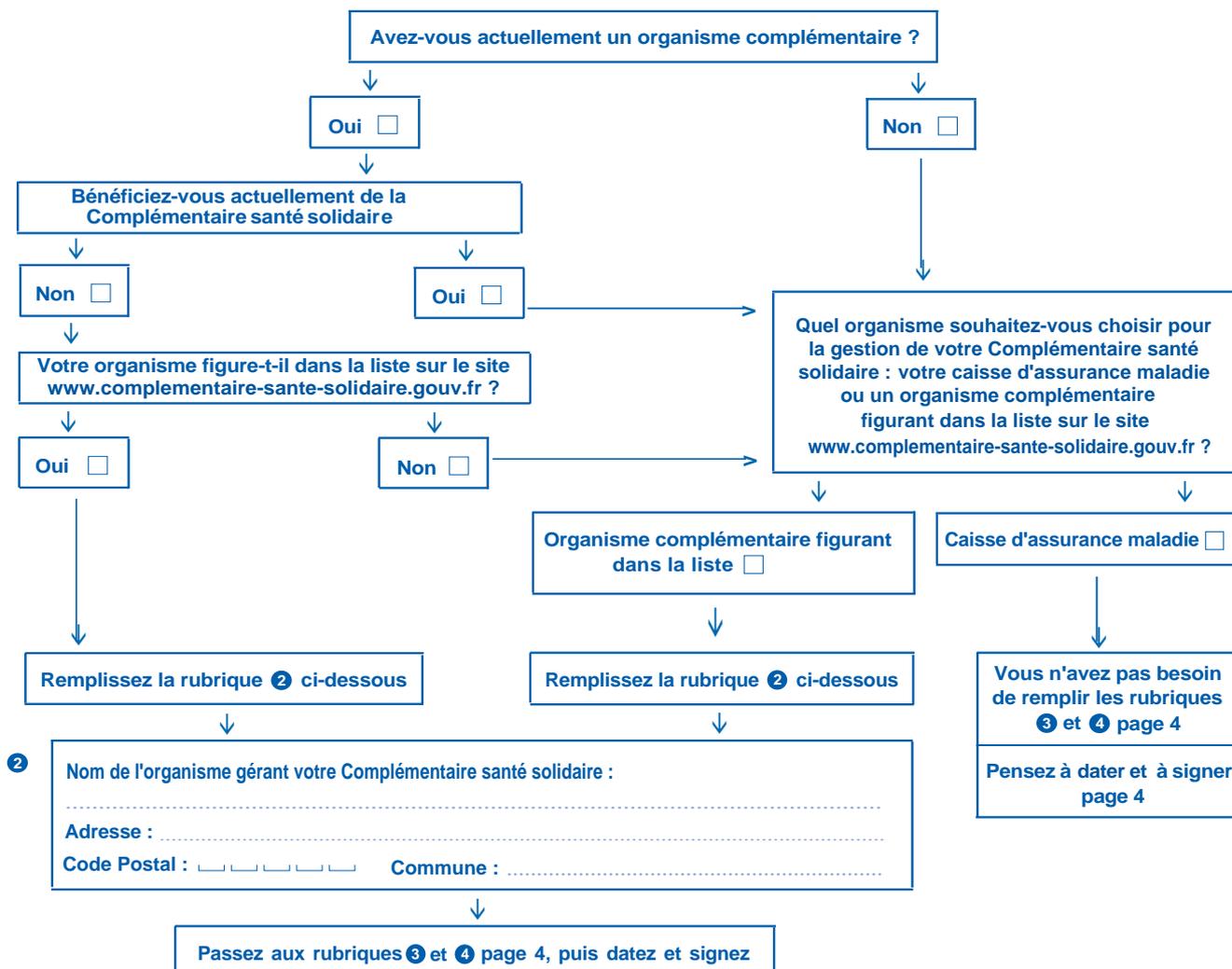
- Comment choisir votre organisme Complémentaire santé solidaire ?

Pour faire votre choix, complétez les rubriques qui figurent ci-dessous. Mais attention, les possibilités de choix sont différentes selon votre situation.

IMPORTANT : Si vous n'indiquez aucun choix, votre caisse d'assurance maladie sera désignée comme votre organisme complémentaire santé solidaire. Si lors d'une première demande, vous avez déjà une complémentaire santé gérée par un organisme figurant dans la liste des organismes participant à la Complémentaire santé solidaire, vous devez la conserver.

Laissez-vous guider :

- 1 Cochez les cases en fonction de votre situation



▶ VOUS AVEZ FAIT LE CHOIX D'UN ORGANISME COMPLEMENTAIRE FIGURANT SUR LA LISTE

3 Personnes du foyer (y compris le demandeur) ayant choisi le même organisme :

Nom et prénom	Lien de parenté avec le demandeur	Garde alternée (1)	Date de naissance	N° de sécurité sociale	Code de l'organisme d'assurance maladie (2) (si différent du demandeur)
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____	
		<input type="checkbox"/>	____/____/____	____-____-____	

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en garde alternée, cochez la case correspondante
 (2) Disponible sur l'attestation papier qui accompagne votre carte Vitale

4 Vos coordonnées :

Indiquez ci-dessous les coordonnées d'un des membres de votre foyer parmi la liste des personnes du tableau 3 qui sera l'interlocuteur de votre organisme complémentaire.

Nom et prénoms :
 (Nom de famille (de naissance) suivi de votre nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse :

Code Postal : _____ **Commune :**

Adresse mail :

Téléphone : _____

Les informations recueillies sont traitées par l'Assurance Maladie pour le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire. Les données sont conservées par l'Assurance Maladie pendant la durée nécessaire à la gestion des droits à la Complémentaire santé solidaire et dans la limite de 3 années à compter de la fermeture des droits à la Complémentaire santé solidaire. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.ameli.fr ou www.msa.fr. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données vous concernant en adressant une demande écrite au Directeur ou au DPO de votre organisme de rattachement. En cas de difficultés dans l'application des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

L'authenticité et la sincérité de vos déclarations peuvent être contrôlées à des fins de lutte contre la fraude auprès d'autres organismes de sécurité sociale, de Pôle emploi, des caisses assurant le service des congés payés ou de l'administration fiscale (articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale) et/ou auprès d'organismes tiers : banques, assurances, opérateurs de téléphonie (articles L.114-19 et suivants du Code de la sécurité sociale).

Le contenu de vos déclarations peut également être communiqué au personnel habilité des organismes mentionnés aux articles L.114-12 et L.114-14 du Code de la sécurité sociale à des fins de contrôle de la lutte contre la fraude.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale). La décision attribuant la Complémentaire santé solidaire peut aussi être annulée. Vous devrez alors rembourser les sommes versées à tort.

En cas de disproportion marquée entre les éléments de ressources que vous déclarez et votre train de vie, vous pouvez faire l'objet d'une procédure d'évaluation par votre caisse d'assurance maladie et votre droit à prestation peut être refusé ou remis en cause (articles L.861-2-1, R.861-15-1 à R.861-15-7 du Code de la sécurité sociale).

▶ Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts et sincères.

Fait à :

Le : ____/____/____

Signature du demandeur

▶ Si le dossier est rempli par un organisme agréé, merci de mentionner le nom et les coordonnées de l'organisme qui l'a rempli.

.....

Cachet de l'organisme

DROITS A LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE

(A compléter par la caisse d'assurance maladie)

sans participation financière du ____/____/____ au ____/____/____

moyennant paiement d'une participation financière

Cachet de la caisse d'assurance maladie gérant la couverture maladie de base

Demande de pension d'invalidité

(articles L. 160-5, L. 172-1 et R. 172-16 à R. 172-21-3, L. 341-1 à L. 341-5, L. 341-13, L. 341-15 et 16, R. 341-4, L. 371-4, R. 160-10, R. 313-5, R. 341-8 et R. 341-17 du Code de la sécurité sociale)

Vous avez été victime d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, vous êtes atteint(e) d'une invalidité réduisant votre capacité de travail ou de gain d'au moins les 2/3 et vous n'avez pas encore atteint l'âge de la retraite :

Vous pouvez bénéficier d'une pension d'invalidité après avis du service médical de votre cf [Ub]ga YXfUggi fUbW'a UUXY et sous certaines WëbX]h]cbg UXa]b]g]fU]j Yg"

Renseignez-vous auprès de cet organisme (3646 - service 0,06 euro/min + prix appel) ou consultez le site "www.ameli.fr".

Vous pouvez obtenir **en plus de votre pension d'invalidité, et sous certaines conditions de ressources**, l'allocation supplémentaire d'invalidité (renseignez vous auprès de votre caisse d'assurance maladie) ou l'allocation adulte handicapé différentielle (rapprochez-vous de la Maison Départementale des Personnes Handicapées - MDPH - de votre lieu de résidence dont vous trouverez l'adresse sur le site www.cnsa.fr).

Votre pension d'invalidité pourra être révisée pour des raisons d'ordre médical ou administratif notamment en cas de reprise d'activité professionnelle salariée ou non salariée.

Remarque :

Lorsque vous aurez atteint l'âge de la retraite et si vous poursuivez votre activité professionnelle, salariée ou non salariée, votre pension continuera à vous être servie jusqu'à votre cessation d'activité et au plus tard jusqu'à 67 ans.

Les renseignements permettant d'étudier vos droits

1 La personne qui demande la pension d'invalidité

Complétez les rubriques concernant votre identité et n'oubliez pas de cocher les cases correspondant à votre situation.

Si vous êtes ressortissant étranger (autre que Union Européenne, Espace Economique Européen ⁽¹⁾ ou Suisse), vous devez justifier de votre résidence régulière en France. Voir au bas de cette page la rubrique " les pièces justificatives à joindre ".

2 Autres renseignements administratifs concernant le demandeur

Complétez seulement les rubriques se rapportant à votre situation en n'oubliant pas de cocher les cases correspondant à votre situation.

Si vous avez relevé de plusieurs régimes de protection sociale (parmi le régime général, le régime agricole en tant que salarié, le régime des indépendants (RSI), le régime des clercs et employés de notaires et le régime des cultes), vous pouvez bénéficier d'une pension d'invalidité coordonnée entre ces différents régimes. Dans ce cas, le calcul prendra en compte tous les revenus d'activité sur lesquels vous avez cotisé auprès des régimes concernés. Une seule demande est nécessaire auprès de votre organisme d'assurance maladie. Pour cela, il vous suffit de compléter la rubrique "Vous avez été affilié(e) à un régime autre que le régime général".

Si vous avez travaillé dans différents pays de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen ou dans un pays ⁽²⁾ ou territoire ⁽³⁾ signataire d'une convention bilatérale ou dans une collectivité d'outre-mer ⁽¹⁾ signataire d'un accord de coordination, vous pouvez éventuellement prétendre à une pension d'invalidité de chaque Etat, territoire ou collectivité. N'oubliez pas de le mentionner.

Les pièces justificatives à joindre à votre demande

- selon votre situation :

Merci de fournir une photocopie lisible de :

- Si vous bénéficiez d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle	- votre notification de rente
- Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité servie par un autre régime que le régime général	- votre notification de pension
- Si vous avez demandé le bénéfice d'une pension militaire pour maladie, blessure de guerre ou au titre de victime civile de la guerre	- votre notification de pension ainsi que la décision de la commission de réforme
- Si vous êtes de nationalité française ou ressortissant d'un pays de l'UE/EEE ou de la Suisse	- votre carte d'identité ou passeport ou toute autre pièce justificative d'état civil et de nationalité
- Si vous êtes de nationalité étrangère (autre que UE/EEE ou Suisse)	- toute pièce, en cours de validité, justifiant de votre état civil et de la régularité de votre séjour en France : titre de séjour...

- dans tous les cas :

- Pour justifier de vos revenus	- votre dernier avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt sur les revenus
---------------------------------	---

⁽¹⁾ Les pays de l'UE/EEE sont les suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Royaume-Uni, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède.

⁽²⁾ Les pays signataires d'une convention bilatérale sont les suivants : Algérie, Argentine, Andorre, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Canada, Cameroun, Cap-Vert, Chili, Congo, Corée, Etats-Unis, Gabon, Inde, Japon, Kosovo, Macédoine, Maroc, Mauritanie, Monaco, Monténégro, Niger, Philippines, Saint-Marin, Serbie, Suisse, Togo, Tunisie, Turquie, Uruguay.

⁽³⁾ Les territoires signataires d'une convention bilatérale sont les suivants : Aurigny, Guernesey, Herm, Jersey, Jethou, le Québec.

⁽¹⁾ Les collectivités d'outre-mer signataires d'un accord de coordination sont les suivantes : Nouvelle Calédonie, Polynésie Française, Saint-Pierre-et-Miquelon.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal)

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale.

Toutes les informations figurant sur cette déclaration sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de calcul de vos droits et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

SITUATION AU REGARD DE L'IMPOT SUR LE REVENU	ADRESSE DE RETOUR DE LA DEMANDE
<input type="checkbox"/> NON IMPOSABLE <i>(Joindre impérativement une copie du dernier avis d'imposition sur vos revenus dans son intégralité. L'imposition doit être inférieure au seuil de non mise en recouvrement de 61 €)</i> <input type="checkbox"/> IMPOSABLE ET BENEFICIAIRE DE L'APA	CONSEIL DEPARTEMENTAL DU VAL D'OISE DPA/SISDPA 2 AVENUE DU PARC CS 20201 95032 CERGY PONTOISE CEDEX TEL : 01 34 25 76 86 FAX : 01 34 25 39 88 MAIL : teleassistance@valdoise.fr
<input type="checkbox"/> IMPOSABLE ET NON BENEFICIAIRE DE L'APA <i>(Ne pas transmettre votre avis d'imposition à la société VITARIS)</i>	VITARIS BUROCAMPUS 3 RUE DE VERDUN 78590 NOISY LE ROI TEL : 01 30 56 43 90 MAIL : teleassistance95@vitaris.fr

DISPOSITIF(S) SOLLICITE(S)

<input type="checkbox"/> Téléassistance	<input type="checkbox"/> Boîte à clé*
<input type="checkbox"/> Détecteur d'inactivité*	<input type="checkbox"/> Chemin lumineux*

* *Prise en charge uniquement pour les bénéficiaires de l'APA non imposables (détails au verso)*

COORDONNEES DU BENEFICIAIRE

Madame Monsieur Demande urgente

Nom : Prénom(s) :
 Date de naissance :/...../..... Téléphone du bénéficiaire :/...../...../...../.....
 Adresse :
 Code postal : 95..... Ville :

PERSONNE(S) A CONTACTER

POUR LE RENDEZ-VOUS	EN CAS DE PROBLEME CONSTATE
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Lien avec le bénéficiaire (famille, ami(e) voisin(e) :	Lien avec le bénéficiaire (famille, ami(e) voisin(e) :
Téléphone :/...../...../...../.....	Téléphone :/...../...../...../.....

OBSERVATIONS

.....

.....

Dès l'acceptation du dossier, la société de téléassistance vous contactera.

En cochant cette case, j'accepte et je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'utilisation et de conservation de mes données personnelles (1) cf détails au verso.

Date :/...../.....

Signature du bénéficiaire :

PRESTATIONS DE TELEASSISTANCE

Le dispositif de téléassistance permet aux bénéficiaires d'être reliés 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à une centrale d'écoute et de recevoir l'aide des secours d'urgence ou de l'entourage si besoin. Ce service propose également le détecteur de chute, sans surcoût.

De façon complémentaire, vous pouvez bénéficier si vous le souhaitez d'une assistance psychologique pour une écoute et un soutien. Ce service est assuré par des psychologues.

Par ailleurs, afin d'améliorer la sécurité à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, vous pouvez accéder à des prestations domotiques (chemin lumineux, détecteur d'inactivité, boîte à clé).

CONDITIONS DE L'AIDE :

Personnes âgées de plus de 60 ans et/ou personnes handicapées résidant dans le département du Val d'Oise.

COUT DES PRESTATIONS ET MONTANT DE L'AIDE (2) :

• **Téléassistance :**

- Pour les personnes non imposables sur le revenu : Prise en charge de l'abonnement mensuel par le Département (7,68€ par mois par abonné).
- Pour les personnes imposables sur le revenu : **7,55 €** par mois à régler auprès de la société VITARIS. *Pour les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), cette prestation est pour partie prise en charge, déduction faite du ticket modérateur.*

• **Service de soutien psychologique (1 à 3 mois) :**

- Financé par le Département à hauteur de 6,32 € par abonné, par activation du service.

• **Prestations domotiques* :**

- **9.60 €** par mois pour le chemin lumineux.
- **3 €** par mois pour le détecteur d'inactivité.
- **59.90 €** pour l'installation de la boîte à clé.

Pour les bénéficiaires APA non imposables : soumis à l'accord de la Commission APA pour une prise en charge par la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie.

Pour les bénéficiaires APA imposables et les non bénéficiaires de l'APA : à régler directement auprès de la société VITARIS.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Formulaire de demande d'installation
- Copie du dernier avis d'imposition sur les revenus **en intégralité** (uniquement si vous êtes non imposable)
- Carte d'invalidité en cours de validité pour les personnes handicapées

(1) Les informations recueillies font l'objet d'un traitement de données personnelles par le Conseil Départemental du Val d'Oise (CDVO) dans le cadre d'une mission d'intérêt public de gestion de la téléassistance. L'ensemble des réponses demandées dans le questionnaire sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité d'instruction du dossier. Les destinataires de vos données sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ainsi que le prestataire de la téléassistance. Vos données seront conservées et sécurisées pendant toute la durée de la téléassistance puis pendant une année après désinscription.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » modifiée et au Règlement général sur la protection des données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification de vos données personnelles ainsi qu'un droit d'opposition et à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer vos droits, vous pouvez effectuer votre demande auprès du Délégué à la protection des données du CDVO par voie électronique en envoyant un courriel à dpd@valdoise.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : Le Délégué à la protection des données - Conseil départemental du Val d'Oise - 2 avenue du Parc - CS 20201 Cergy - 95032 Cergy-Pontoise Cedex.

Si après avoir contacté le CDVO, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). (2) Tarifs au 1^{er} août 2021, révisé annuellement au 1^{er} août chaque année.

DEMANDE À LA MDPH

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

La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.

Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.

Ce formulaire se déploiera progressivement sur le territoire national entre le 1^{er} septembre 2017 et le 1^{er} mai 2019.

À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13788*01.



MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

À qui s'adresse ce formulaire ?

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

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

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

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

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

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

Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)

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

Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation

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

Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle

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

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Prestation de compensation du handicap (PCH)

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

Que dois-je remplir ?

C'est ma première demande à la MDPH

Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé

Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits

Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E

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

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

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

Votre aidant familial peut remplir la partie F

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : N° de dossier :

A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe :	Homme	Femme		
Nom de naissance :	..... Nom d'époux/se ou d'usage :		
Prénoms :	..... Date de naissance : / /		
Nationalité :	Française	Espace Économique Européen ou Suisse Autre		
Commune de naissance :	..... Département :		
Pays de naissance :	France	Autre, précisez :		
Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France : / /				
Complément d'adresse (si besoin précisez le nom de la personne qui vous héberge) :				
Adresse (numéro et rue) :				
Code postal :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Commune : Pays :		
Téléphone :	..... Adresse e-mail :		
Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ?				
	E-mail	Appel téléphonique	SMS	Courrier
Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez son nom :				
Organisme payeur de prestations familiales/RSA :	CAF	MSA	Autre	N° d'allocataire :
Organisme d'assurance maladie :	CPAM	MSA	RSI	Autre (préciser) :
Votre numéro de Sécurité Sociale :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer son numéro de sécurité sociale :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A2 Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle (pour les mineurs)

Qui exerce l'autorité parentale :	Parent 1 ou représentant légal 1	Parent 2 ou représentant légal 2
Nom :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Date de naissance :	.....	.....
Adresse (numéro et rue) :	.....	.....
Complément d'adresse :	.....	.....
Code postal :	.....	.....
Commune :	.....	.....
Pays :	.....	.....
Téléphone :	.....	.....
Adresse e-mail :	.....	.....



En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale

A3

Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH
Vous acceptez que nous contactions ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

Un proche	Une association	Autre
-----------	-----------------	-------

Nom de l'association (si pertinent) :

Nom et prénom de la personne :

N° et rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone : Adresse e-mail :

A4

Vous bénéficiez d'une mesure de protection

Représentant légal 1	Représentant légal 2 (le cas échéant)
----------------------	---------------------------------------

Type de mesure de protection (tutelle, curatelle, curatelle renforcée, habilitation familiale) :

Nom de l'organisme (si pertinent) :

Nom de la personne :

Date de naissance :

N° et rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse e-mail :

A5

Vous pensez être dans une situation nécessitant un traitement rapide de votre demande

Merci de cocher si vous pensez être dans une des situations suivantes :

Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous

Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir

Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement

Vous risquez rapidement de perdre votre travail

Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation

Date d'entrée prévue : / /

Expliquer la difficulté :

.....
.....

Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc...)

Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance :

.....



- Un certificat médical de moins de **1 an** 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

Accueil physique :

Accueil téléphonique :

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 soin (préciser le nom, le type et le lieu)

.....

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

Autre situation, précisez :

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^{re} catégorie

2^e catégorie

3^e 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)

Nom :

.....

Prénom :

.....

**Aide technique,
matériel ou
équipement**Aménagement
de logementAides techniques (préciser) :
ex : barre d'appui, déambulateur...

Autres :

Aménagement
de véhicule

Aides animalières

Aide à la personne
(avec quelqu'un
qui aide)

Votre famille

Professionnel de soins à domicile

Un accompagnement médico-social

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 domicilePour régler les dépenses courantes
(loyer, énergie, habillement, alimentation...)Pour gérer son budget et répondre aux
obligations (démarches administratives
assurances, impôts...)Pour l'hygiène corporelle
(se laver, aller aux toilettes)Pour s'habiller
(mettre et ôter les vêtements, les choisir...)

Pour faire les courses

Pour préparer les repas

Pour prendre les repas

Pour faire le ménage et l'entretien des
vêtementsPour prendre soin de sa santé
(suivre un traitement, aller en consultation ...)

Autre besoin, préciser :

Besoin pour se déplacer

Pour se déplacer dans le domicile

Pour utiliser un véhicule

Pour sortir du domicile ou y entrer

Pour utiliser les transports en commun

Pour se déplacer à l'extérieur du domicile

Pour partir en vacances

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

Autre situation, préciser :

Besoin pour la vie sociale

Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre

Pour s'occuper de sa famille

Pour avoir des activités sportives et des loisirs

Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative...)

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

Autre besoin, préciser :

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

Vivre à domicile

Une aide pour se déplacer

Un accueil temporaire en établissement

Vivre en établissement

Du matériel ou équipement

Une aide animalière

Un aménagement du lieu de vie

Une aide financière pour des dépenses liées au handicap

Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne

Une aide humaine : quelqu'un qui aide

Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne

Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D)

Autre attente, préciser :

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

C1 Situation scolaire

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :

En milieu ordinaire

À domicile

Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social

En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile

En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire

En formation supérieure

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

.....

.....

Depuis le : / /

Autre, préciser :

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

Oui

Non

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

Il est trop jeune

Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social

À partir de quand sera-t-il scolarisé ?

Préciser :

.....

.....

Autre, préciser :

Si vous êtes étudiant ou en apprentissage :

Type d'études :

.....

Diplôme(s) obtenu(s) :

.....

Diplôme(s) préparé(s) :

.....

Nom de l'établissement :

.....

Rue :

.....

Ville :

.....

Depuis le : / /

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Établissement(s)

Vous disposez actuellement d'accompagnements ou de soins :

Soins hospitaliers

Soins en libéral

Autre, préciser :

Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :

Aménagements et adaptations pédagogiques

Outils de communication

Matériel informatique et audiovisuel

Matériel déficience auditive

Matériel déficience visuelle

Mobilier et petits matériels

Transport

Autre, préciser :

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

Si oui, préciser laquelle :

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

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soirée/nuit							

C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

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 ;
- 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.

Besoins en lien avec les apprentissages

Pour lire

Pour écrire, prendre des notes

Pour calculer

Pour comprendre, suivre les consignes

Pour organiser, contrôler son travail

Pour l'utilisation du matériel

Autre, préciser :

Besoins pour communiquer

Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

Autre, préciser :

Besoins pour l'entretien personnel

Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)

Pour s'habiller
(mettre et ôter des vêtements)

Pour les repas (manger, boire)

Pour prendre soin de sa santé

Autre, préciser :

Besoins pour se déplacer

Pour se déplacer à l'intérieur des locaux

Pour se déplacer à l'extérieur des locaux

Pour utiliser les transports en commun

Autre, préciser :

Nom :

Prénom :

11/20

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:

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

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	Hôtesse de caisse	E leclerc	Temps partiel	Fin du CDD
6 mois				

<p>Votre niveau de qualification :</p> <p> <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Supérieur </p> <p>Dernière classe fréquentée : <input type="text"/></p>	<p>Vos formations :</p> <p>Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), précisez laquelle / lesquelles :</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
--	--

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 :

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 évalue 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 (UEROS)

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. Peuvent 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.

Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à l'aidant familial de la personne en situation de handicap. L'aidant familial, c'est une personne de l'entourage qui aide la personne en situation de handicap au quotidien. Si plusieurs aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, remplissez une feuille pour chacun. Vous pouvez expliquer à la MDPH l'aide que vous apportez actuellement à la personne en situation de handicap et vous pouvez exprimer vos attentes et vos besoins.

F1 Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant : Date de naissance : / /

Prénom de l'aidant :

Adresse de l'aidant :

Nom de la personne aidée :

Votre lien avec la personne en situation de handicap :

Vivez-vous avec la personne en situation de handicap : Non Oui, depuis le / /

Êtes-vous actuellement en emploi : Oui Non Réduction d'activité liée à la prise en charge de la personne aidée

Nature de l'aide apportée :

- | | |
|---|--|
| Surveillance / présence responsable | Coordination des intervenants professionnels |
| Aide aux déplacements à l'intérieur du logement | Gestion administrative et juridique |
| Aide aux déplacements à l'extérieur | Gestion financière |
| Aide pour entretenir le logement et le linge | Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.) |
| Aide à l'hygiène corporelle | Aide à la communication et aux relations sociales |
| Aide à la préparation des repas | Aide au suivi médical |
| Aide à la prise de repas | |

Autre, préciser :

Qui participe avec vous à l'accompagnement de la personne aidée ?

Un (des) professionnel(s) Un (ou plusieurs) autre(s) proche(s) Je suis le seul aidant du demandeur

Êtes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?

Non Oui, préciser :

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ? Oui, laquelle : Non

Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

Éloignement géographique (déménagement...)

Problème de santé

Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)

Changement majeur dans la situation professionnelle

Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...)

Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...)

Autre, préciser :

.....

F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

Pouvoir vous reposer au quotidien

Obtenir une contrepartie financière

Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin

Échanger avec d'autres aidants

Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu

Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche

Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances

Avoir un soutien psychologique

Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle

Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche

Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux

Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse

Autre, préciser :

.....

Avez-vous éventuellement déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos attentes?
Si oui, lequel / laquelle :

.....
.....

Vous souhaitez mieux connaître les dispositifs et aides existants :

Pour vous

Pour la personne aidée

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer concernant votre vie d'aidant :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Signature de l'aidant :

.....