

Fiche-procédure n°4

Accompagner une saisine de la MDPH

<p><u>Pour Qui ?</u></p>	<p>Pour tout élève :</p> <p>Ayant une problématique relevant du champ du handicap (médicalement reconnu) entraînant des difficultés durables en milieu scolaire, pour lesquelles les aménagements possibles à l'école sont insuffisants à le compenser :</p> <ul style="list-style-type: none"> - handicap physique/moteur ; - handicap sensoriel ; - handicap sur le plan cognitif ; - handicap sur le plan comportemental ; - handicap sur le plan psychologique ; <p><i>NB : ces handicaps ne sont pas exclusifs l'un de l'autre...</i></p>
<p><u>Par Qui ?</u></p>	<p>La famille de l'enfant aidée dans sa démarche par :</p> <p>le directeur/la directrice de l'école, en collaboration avec l'enseignant(e) de l'élève concerné, le RASED (psyEN), le médecin (scolaire ou traitant), les partenaires de soins (CMP, CMPP, CAMSP...) la circonscription (IEN, CPC)</p> <p>NB : Dans la grande majorité des cas, si la famille reste le « demandeur officiel », c'est souvent l'école et le RASED et/ou les partenaires qui en sont les initiateurs en l'évoquant avec les parents au cours d'une Equipe Educative (avec souvent un travail préalable auprès de la famille, réalisé par la psyEN) ;</p> <p>Attention : c'est donc bien la famille et non l'école qui reçoit la réponse de la MDPH (notification de moyen de compensation ou refus) : lui indiquer de vous tenir informés. En cas de réponse positive, la MDPH ouvrira un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) et indiquera le moyen de compensation alloué, la durée et saisira l'enseignante référente du secteur chargée d'organiser le suivi de ces enfants via les Equipe de Suivi de Scolarisation (ESS) qu'elles sont chargées de convoquer.</p>
<p><u>Pour quoi ?</u></p>	<p>Faire une proposition valant demande à la MDPH de notification d'un moyen de compensation en milieu scolaire (AVS, ordinateur...) lié au handicap reconnu de l'enfant ou d'orientation en dispositif ou établissement spécialisé ;</p>
<p><u>Quand ?</u></p>	<p>A tout moment de l'année scolaire : pour une orientation, la faire avant le mois de février est plus que recommandé</p>

Comment ?

Etape 1

→ Action 1 : Je reçois la famille qui me fait part de son désir de saisir la MDPH **OU** on m'informe qu'un enfant a été reconnu en situation de handicap **OU** un enfant est repéré dans l'école comme en très grande difficulté scolaire persistante malgré aménagements (PPRE, PAP dys) ;

→ Action 2 : J'informe le RASED et produit une demande d'aide afin que la situation de l'enfant soit étudiée ;

→ Action 3 : J'organise une EE en invitant tous les partenaires concernés, en m'étant préalablement entretenu avec la famille à ce sujet **sans évoquer la saisine de la MDPH à ce moment-là** ;

Etape 2

→ Lors de l'EE, la famille s'oppose à la saisine de la MDPH : j'arrête là, pour le moment, à revoir plus **tard dans l'année !**

→ Lors de l'EE, la saisine de la MDPH ne fait pas consensus mais la famille souhaite la réaliser : elle devra être accompagnée pour la réaliser, chaque membre de l'EE pouvant ou devant fournir un document écrit donnant son point de vue; il est décidé en EE de qui accompagnera la famille pour constituer le dossier et pour quelle demande, si c'est l'école : **je passe à l'étape 3 ;**

→ Lors de l'EE, la saisine de la MDPH fait consensus et la famille souhaite la réaliser : elle devra être accompagnée pour la réaliser, chaque membre de l'EE pouvant ou devant fournir un document écrit allant en ce sens ; il est décidé en EE de qui accompagnera la famille pour constituer le dossier et pour quelle demande, si c'est l'école : **je passe à l'étape 3 ;**

Etape 3

→ J'invite la famille à remplir les feuillets MDPH (annexe 1 : remplir le projet de vie, page 4, en indiquant les difficultés et demandes, remplir la case D page 5 avec : *demande de PPS : demande de...AVS, orientation ULIS TFC, TSL...*) ;

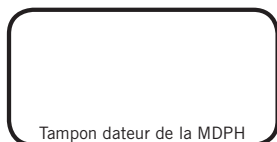
→ Je rassemble toutes les pièces nécessaires et/ou **obligatoires** :

ECOLE	Gevasco Première demande (annexe 2) Compte-rendu de l'EE concluant à la nécessité d'une saisine de la MDPH PPRE (signé, actualisé) PAP dys (signé, actualisé), le cas échéant LSU ou livret de compétences Photocopies de travaux d'élèves : travaux datés, variés (réussites, difficultés, maths, français, début, milieu d'année...indiquer sur le document quand fait « avec aide »)
RASED	Avis du psyEN et/ou Bilan psychologique et psychométrique (si pas réalisé par un autre professionnel) sous pli cacheté , Avis de l'enseignant spécialisé
PARTENAIRES DE SOINS	Bilans orthophoniques sous pli cacheté, le cas échéant Bilans psychométriques sous pli cacheté Avis psychologiques sous pli cacheté, le cas échéant Certificat médical sous pli cacheté (établi par le médecin scolaire ou traitant, ou de la structure de soins où l'enfant est suivi, attention, il n'est valable que TROIS MOIS)
FAMILLE	Photocopie des pièces d'identité des deux parents Justificatif de domicile Feuillets complétés de la MDPH (penser à vérifier les signatures page 8)

→ Je fais une photocopie de tout le dossier pour archive ;

→ Je l'envoie en recommandé ou le dépose en mains propres à :

MDPH de l'Oise 1 rue des Filatures 60000 Beauvais



Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH



N° 13788*01

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

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

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

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

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____

Espace réservé
 P 1110601 G
 DMDPH

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

A8 - Autre situation de la personne concernée

Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social

Vous êtes hospitalisé(e)

Autres cas, précisez : _____

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

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

Locataire, sous-locataire ou co-locataire Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)

Propriétaire ou accédant à la propriété Autres, précisez : _____

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

E - Demande de cartes

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

F - Demande de prestation de compensation

- Prestation de Compensation - PCH
Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AEEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ? Oui Non

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

- Aide humaine
Précisez : _____
- Aide technique, matériel ou équipement
Précisez : _____
- Aménagement du logement / Déménagement
Précisez : _____
- Aménagement du véhicule / surcoût du transport
Précisez : _____
- Charges spécifiques / exceptionnelles
Précisez : _____
- Aide animalière
Précisez : _____

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Commune : _____

Date de naissance : [][][][][][][][][] Lien de parenté : _____

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention « priorité pour personne handicapée » ;
- la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ;
- les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ? Oui Non

L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- Un certificat médical daté de moins de 3 mois
- 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 adultes)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Fait à : _____ Le : | | | | | | | | | |

Signature : de la personne concernée de son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

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 rectifications 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.

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

GEVA - Sco

Scolarisation

Cachet MDPH

Éléments relatifs à un parcours de scolarisation et/ou De formation : support de recueil d'informations

PREMIERE DEMANDE

Pour l'année scolaire 20_ / 20_.

Date de la réunion de l'équipe éducative :

1. Situation actuelle (à la date du ___ / ___ / ___)

Renseignements administratifs :

N° dossier MDPH :

Nom et prénom de l'élève : _____ Date de naissance : ___ / ___ / ___

N° et rue _____

Code postal : _____ Ville _____

Tel ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Courriel : _____

Parents / Responsables légaux	
<input type="checkbox"/> Mme / <input type="checkbox"/> M. Nom et prénom : _____	<input type="checkbox"/> Mme / <input type="checkbox"/> M. Nom et prénom : _____
N° et rue : _____	N° et rue : _____
CP Ville : _____	CP Ville : _____
Tél. : _____	Tél. : _____
Courriel : _____	Courriel : _____

✓ *Choix du mode de communication dans le cadre d'un parcours linguistique*

Choisissez un élément

Etablissement scolaire fréquenté : _____

Si différent, établissement scolaire de référence : _____

Etablissement médico-social (le cas échéant) : _____

Autre établissement (sanitaire, social, ...) : _____

Enseignant référent : _____

Téléphone : _____

Adresse e-mail : _____

Scolarisation actuelle :

Modalité de scolarisation : Choisissez un élément

Autre : (à préciser) : _____

Classe : Choisissez un élément.

Autres (à préciser) : _____

Temps effectif de scolarisation par semaine (en demi-journée) :

Si la durée de scolarisation est inférieure à une demi-journée, préciser la durée :

Lieux (Ets scolaire, EMS, ...)	temps
Choisissez un élément.	Choisissez un élément.
Choisissez un élément.	Choisissez un élément.
Choisissez un élément.	Choisissez un élément.

Autres établissements (à préciser) : _____

Conditions actuelles de scolarisation (accompagnement ou aide spécifique, conditions matérielles, décloisonnement, autres....)

Plan ou projets formalisés	Commentaires (durée de mise en œuvre, effets...)
<input type="checkbox"/> PAI	
<input type="checkbox"/> PPRE <input type="checkbox"/> PAP	
<input type="checkbox"/> Mesures éducatives	
<input type="checkbox"/> Autres	

Accompagnement et soins	Commentaires, précisions
<input type="checkbox"/> RASED	
<input type="checkbox"/> SAPAD	
<input type="checkbox"/> CNED	
<input type="checkbox"/> Soins hospitaliers	
<input type="checkbox"/> CAMSP <input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> CMPP	
<input type="checkbox"/> EMS	
<input type="checkbox"/> SESSAD	
<input type="checkbox"/> Soins en libéral	
<input type="checkbox"/> Autres	

Conditions matérielles	Commentaires, précisions
<input type="checkbox"/> Aménagements et adaptations pédagogiques	
<input type="checkbox"/> Outils de communication	
<input type="checkbox"/> Matériel informatique et audiovisuel	
<input type="checkbox"/> Matériel déficience auditive	
<input type="checkbox"/> Matériel déficience visuelle	
<input type="checkbox"/> Mobilier et petits matériels	
<input type="checkbox"/> Transport	
<input type="checkbox"/> Autres	

Evaluation à la scolarité (à renseigner obligatoirement)

Niveau d'enseignement dans les apprentissages (CP, CE1...). Si le niveau n'est pas homogène, préciser :

- scolarité sans aménagements ayant permis des acquisitions comparables en rythme et en contenu à la moyenne de la classe d'âge
- scolarité sans aménagements n'ayant pas permis l'accéder aux acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge

- scolarité avec des aménagements ayant permis les acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge
- scolarité avec des aménagements n'ayant pas permis d'accéder aux acquisitions attendues pour la moyenne de la classe d'âge

Emploi du temps actuel de l'élève

(temps de scolarisation, activités périscolaires, accompagnement et soins, lieux...)

	Matin	Midi	Après-midi
LUNDI			
MARDI			
MERCREDI			
JEUDI			
VENDREDI			

SAMEDI	
--------	--

Observations des activités de l'élève

ACTIVITES (au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis		A	B	C	D	Sans objet	Cadre 1 OBSTACLES A LA REALISATION DE L'ACTIVITE	Cadre 2 POINTS D'APPUI ET COMMENTAIRES (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
Tâches et exigences générales, relation avec autrui	S'orienter dans le temps							
	S'orienter dans l'espace							
	Fixer son attention							
	Mémoriser							
	Gérer sa sécurité							
	Respecter les règles de vie							
	Avoir des relations avec autrui conforme aux règles sociales							
	Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui							
Mobilité, manipulation	Faire ses transferts (ex : du fauteuil roulant à la chaise dans sa classe...)						Accessibilité du bâti : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partielle Nature des difficultés rencontrées :	
	Se déplacer à l'intérieur, à l'extérieur (dans le cadre des activités scolaires)							
	Utiliser les transports en commun							
	Avoir des activités de motricité fin							
Entretien personnel	Assurer l'élimination et utiliser les toilettes							
	S'habiller/se déshabiller							
	Prendre ses repas (manger, boire)							
	Prendre soin de sa santé							
Communication	Parler							
	Comprendre la parole en face à face							

Comprendre une phrase simple							
Produire et recevoir des messages non verbaux							

A : activité réalisée sans difficulté et seul.

B : activité réalisée avec difficultés ponctuelles et/ou avec une aide ponctuelle.

C : activité réalisée avec des difficultés régulières et/ou une aide régulière (**commentaires indispensables si la case est cochée**).

D : activité non réalisée (**commentaires indispensables si la case est cochée**)

Observations des activités de l'élève

	ACTIVITES (au regard de l'autonomie d'un élève du même âge) Si vous cochez les cases C ou D, veuillez remplir les 2 cases de commentaires en vis-à-vis	A	B	C	D	Sans objet	Cadre 1 OBSTACLES A LA REALISATION DE L'ACTIVITE	Cadre 2 POINTS D'APPUI ET COMMENTAIRES (Préciser notamment les points d'appui/grands domaines dans lesquels l'élève se réalise)
Tâches et exigences en relation avec la scolarité	Lire							
	Ecrire							
	Calculer							
	Organiser son travail							
	Contrôler son travail							
	Accepter les consignes							
	S'installer dans la classe							
	Utiliser des supports pédagogiques							
	Utiliser du matériel adapté à son handicap							
	Prendre des notes (quel que soit le support)							
	Participer à des sorties scolaires							

A : activité réalisée sans difficulté et seul.

B : activité réalisée avec difficultés ponctuelles et/ou avec une aide ponctuelle.

C : activité réalisée avec des difficultés régulières et/ou une aide régulière (**commentaires indispensables si la case est cochée**).

D : activité non réalisée (**commentaires indispensables si la case est cochée**)

Evolutions observées et perspectives, notamment en matière de projet professionnel :

Remarques de l'élève et/ou de ses parents, particulièrement par rapport au projet de vie ou au projet professionnel :

Remarques des professionnels :

Participants à la réunion :

NOM – Prénom	Fonction

