

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

4 – Aides Humaines (Adultes uniquement)

Identification de la demande

- Première demande
 Ré-examen
 Renouvellement – date d'échéance :
 Demande de forfait pour personne déficiente visuelle
 Demande de forfait pour personne déficiente auditive

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MLPH : _____

Situation du demandeur

Bénéficiez-vous actuellement de l'aide d'une ou plusieurs personnes à domicile ?

OUI NON

	Coordonnées de la personne ou du service
Aides à domicile	
Infirmière ou aide soignante	
Membre de la famille ou de l'entourage	
Autre (garde ...) A préciser	

Avez-vous besoin d'une aide humaine pour exercer votre activité professionnelle, une fonction élective ou participer à des instances consultatives et organismes où siègent de droit des représentants des associations ou organismes regroupant des personnes handicapées ?

OUI NON

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

6 – Aménagement du logement (Adultes ou Enfants)

Identification de la demande

- Première demande
- Ré-examen
- Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MLPH : _____

Situation du demandeur

Si la personne handicapée est un enfant, bénéficie-t-il d'un complément d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (ex AES) ?

- OUI NON En attente de réponse de la CDA

Si oui, complément perçu : _____ euros

Logement du demandeur (résidence principale)

- Êtes-vous : propriétaire
- locataire – nom du propriétaire : _____
- hébergé(e) – nom de l'hébergeant : _____
- degré de parenté de l'hébergeant : _____

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de ce logement ? OUI NON

Si oui de quel type : _____

Date de réalisation :

De quel type d'aménagements, en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant, avez-vous besoin pour ce logement ?

En cas d'impossibilité d'aménagement de votre logement et si vous décidiez de déménager dans un logement accessible, auriez-vous besoin d'une participation aux frais de déménagement et d'installation ?

- OUI NON

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

7 – Aménagement du véhicule ou surcoût de transport (Adultes ou Enfants)

Identification de la demande

- Première demande
 Ré-examen
 Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MLPH : _____

Situation du demandeur

Si le demandeur est un enfant, reçoit-il une Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé – AEEH (ex AES) ? OUI NON En attente de réponse de la CDA

Si oui, complément perçu : _____ euros

Véhicule

Etes-vous titulaire d'un permis de conduire ? OUI NON

Etes-vous propriétaire du véhicule à aménager ? OUI NON

Si non, à qui appartient le véhicule que vous utilisez ?

Conduisez-vous ce véhicule ? OUI NON

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de véhicule ?

- OUI NON Si oui de quel type ? Accès au véhicule
 Poste de conduite
 Aménagement pour le passager
 Autre

Depuis quand ?

Avez-vous besoin de nouveaux aménagements de ce véhicule ou d'aménagement d'un nouveau véhicule en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant ?

- OUI NON Si oui de quel type d'aménagement ?

Surcoût de transport

Avez-vous un surcoût financier occasionné par des déplacements réguliers et fréquents y compris lors d'un départ annuel en congé ? OUI NON

Si oui de quels moyens de déplacement s'agit-il ?

- Véhicule particulier Kilométrage parcouru par an : _____
 Autres moyens de transport (taxi, transport spécialisé, transport collectif ...)

Pour quels motifs ? Travail Se rendre en établissement médico-social Autres trajets

Selon quelle fréquence ? _____

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

8 – Frais spécifiques et exceptionnels (Adultes uniquement)

Identification de la demande

- Première demande
- Ré-examen
- Renouvellement – date d'échéance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MLPH :

Situation du demandeur

Décrivez vos frais spécifiques ou exceptionnels **liés à votre handicap**, ne relevant pas des rubriques précédentes (exemples : assurances, entretien d'un fauteuil roulant électrique, couches, usure des vêtements, lessives ...)

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

9 – Aide animalière (Adultes uniquement)

Identification de la demande

- Première demande
 Ré-examen
 Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MLPH : _____

Situation du demandeur

Avez-vous un chien guide ou un chien d'assistance ? OUI NON

Si oui, quelle est l'association qui l'a éduqué ?

Numéro de labellisation : _____

A quelle date ce chien est-il arrivé chez vous ?

Si non, avez-vous déjà pris contact avec un organisme qui met à disposition des animaux éduqués ?

OUI NON

Si oui, quelle est la date prévisible de mise à disposition ?

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

10 – Procédure simplifiée

- Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée
- Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Le choix de la procédure simplifiée et ses conséquences sont expliqués dans le mode d'emploi figurant à l'intérieur de la chemise de demande qui vous a été fournie avec ce formulaire.

11 – Date et lieu de la déclaration

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

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (*Article L 114-13 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.

Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

12 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

► Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes du dossier) :

- Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois
Ce document est confidentiel : il doit être renvoyé sous enveloppe cachetée portant votre adresse.
- Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen* :**
Photocopie lisible : de la carte nationale d'identité
 ou du livret de famille
 ou du passeport
 ou un extrait d'acte de naissance
- Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen* :**
Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité
- Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :**
Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice
- Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer...)

► Pièces nécessaires à l'instruction (spécifiques à cette demande) :

- Déclaration de ressources de l'année antérieure
- Attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant)
- Justificatif de fonction élective (le cas échéant)
- Attestation de l'attribution d'une Majoration Tierce Personne – MTP : pension d'invalidité, vieillesse et rente accident du travail)
- Relevé d'identité bancaire ou postal – RIB RIP

* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.