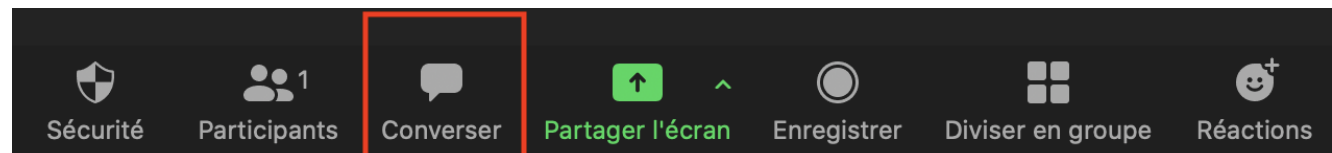
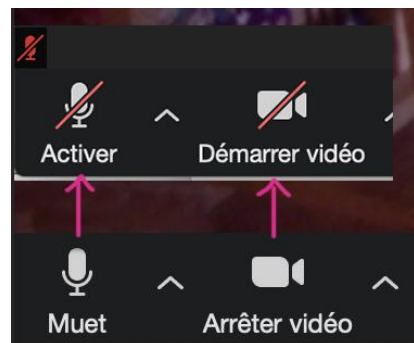


La démarche de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

Lundi 25 mars 2024

Handi Pacte Normandie

Merci de couper votre micro et votre caméra...





La demande de RQTH

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

Sophie Dubois-Thomasse, référent insertion professionnelle pour la MDPH du Calvados

Caroline Campain, référent insertion professionnelle pour la MDA de la Manche

Avant tout, le handicap, c'est quoi ?

Dans son article L.114-1, la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » définit le handicap :

« Constitue un handicap, 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 psychique, d'un poly handicap ou d'un trouble de santé invalidant.** »

Article L.114 du Code de l'Action Sociale et des Familles

LA RTH, définition

Selon l'article 5213-1 du **Code du Travail**, « est considéré comme travailleur handicapé, toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont réduites, par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions, physique, sensorielle, mentale ou psychique. »

Une condition liée à l'âge : avoir 16 ans, ou 15 ans dans les situations de jeunes suivant un parcours en apprentissage.

Règlementation

Prestation accordée par la CDAPH pour une période de 1 à 10 ans (art R.241-31 du Code de l'Action Sociale et des Familles + L. 5213-2 du Code du Travail)

Lorsque le handicap est irréversible, la qualité de travailleur handicapé peut être attribuée **de façon définitive** (article L5213-2 modifié par la loi n°2018-771 du 5 septembre 2018)

La RQTH est valable à compter de la décision de la CDAPH. Les délais les plus courts peuvent concerner les situations susceptibles de s'améliorer ou nécessitant d'être revues rapidement.

Le décret n° 2018-850 du 5 octobre 2018 simplifie la procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et améliore l'information des bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Ainsi, toute demande de renouvellement **proroge les effets du bénéfice** de la RTH délivrée au titre d'une précédente décision, dans l'attente de son instruction.

Cela suppose néanmoins que la demande ait été faite avant l'échéance

Principes

- Une étude de reconnaissance de qualité de travailleur handicapé est systématiquement engagée lors d'une demande d'allocation adulte handicapé (AAH) –article L.821-7-3 du Code de la Sécurité Sociale-.
- L'orientation « ESAT » ou l'orientation en « Etablissement et Services de Réadaptation Professionnelle » (ESRP) vaut reconnaissance de travailleur handicapé
- La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) peut décider d'un rejet de RTH si elle considère que la situation de santé de la personne n'entrave pas l'accès ou le maintien en emploi.
- Le bénéficiaire d'une RTH n'est pas tenu d'en informer son employeur

Cap Emploi

France Travail

La possibilité
de bénéficier
d'aides et de
services
dédiés

AGEFIPH

FIPHFP

La possibilité
d'aides pour
mon
employeur

Une
reconnaissance
du handicap

La RQTH,
c'est quoi ?



Une démarche
volontaire,
personnelle et
confidentielle

Une compensation
pour une durée de
1 à 10 ans (*voire à
vie dans certaines
situations*)

Aides
techniques

Une aide
pour
aménager
mon poste de
travail

Aménagement
horaires

Une clé pour
bénéficier de
formation, de
dispositifs
particuliers

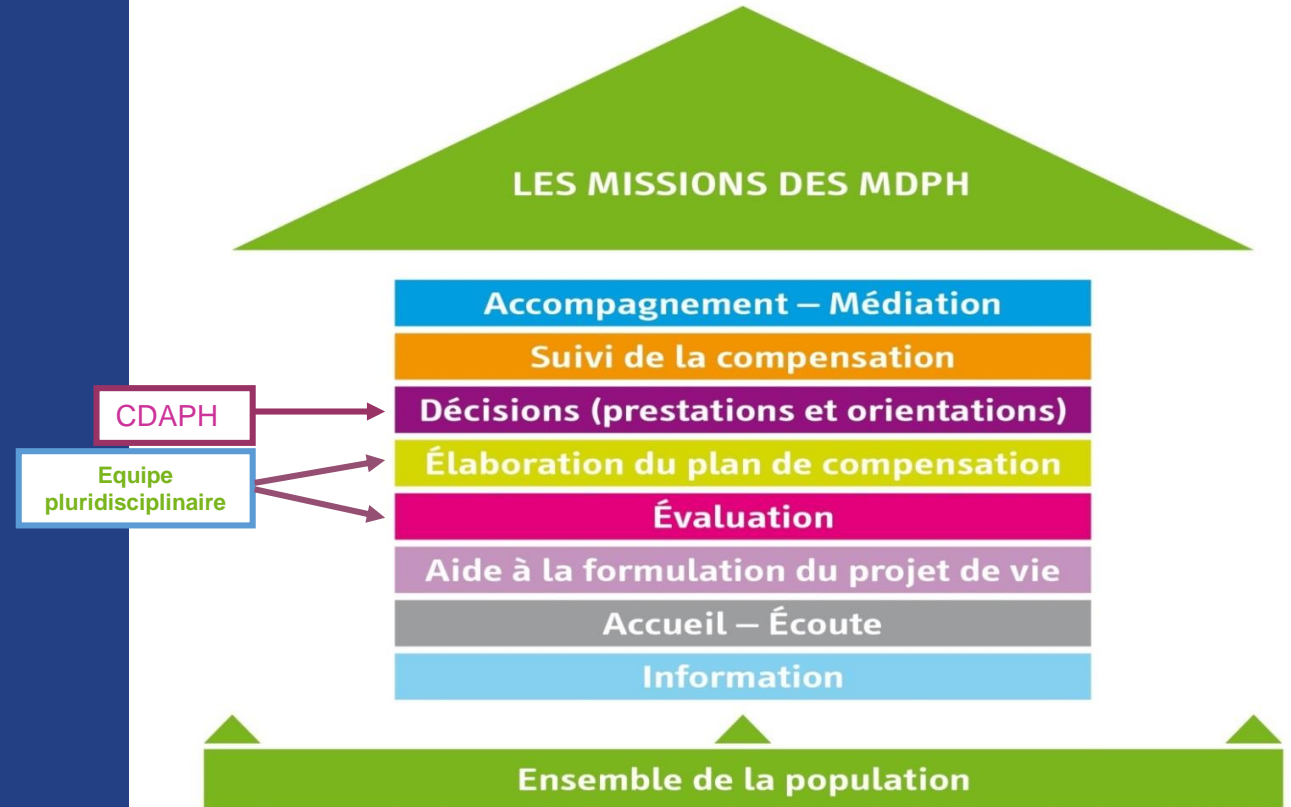
À noter

- Une décision de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé est assortie d'une décision d'orientation professionnelle.

A compter du 1^{er} janvier 2024, l'orientation en milieu ordinaire devient un droit universel : chacun sera présumé pouvoir travailler en milieu ordinaire. Les MDPH/MDA n'enverront plus automatiquement d'orientation « marché du travail » ou « milieu ordinaire ».

- Depuis le 20 décembre 2023, les personnes reconnues handicapées au titre d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité ont automatiquement les mêmes droits que les personnes titulaires d'une RTH, sans passer par la MDPH/MDA.

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



COMPLETUDE DU DOSSIER

DOCUMENTS OBLIGATOIRES

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

DOCUMENTS FACULTATIFS UTILES

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

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

Le formulaire



À qui s'adresse ce formulaire ?

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

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

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

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

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

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

Que dois-je remplir ?

<input type="checkbox"/> C'est ma première demande à la MDPH	Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E
<input type="checkbox"/> Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé	
<input type="checkbox"/> Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits	
<input type="checkbox"/> Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé	Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire
<input type="checkbox"/> Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins	Votre aidant familial peut remplir la partie F

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : N° de dossier :

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

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

A Votre identité		Renseignements obligatoires	
A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande			
Sexe :		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Nom de naissance :		Nom d'époux/se ou d'usage :	
Prénoms :		Date de naissance : / /	
Nationalité :		<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Espace Économique Européen ou Suisse <input type="checkbox"/> Autre	
Commune de naissance :		Département :	
Pays de naissance :		<input type="checkbox"/> France <input type="checkbox"/> 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 :		Commune : Pays :	
Téléphone :		Adresse e-mail :	
Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Appel téléphonique <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> 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 :		<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autre N° d'allocataire :	
Organisme d'assurance maladie :		<input type="checkbox"/> CPAM <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> RSI <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
Votre numéro de Sécurité Sociale : / / / / / / / / / / / / / / / /			
Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer son numéro de sécurité sociale : / / / / / / / / / / / / / / / /			
A2 Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle (pour les mineurs)			
Qui exerce l'autorité parentale :		<input type="checkbox"/> Parent 1 ou représentant légal 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 ou représentant légal 2	
Nom :			
Prénom :			
Date de naissance :			

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

L'ensemble des prénoms inscrits sur le justificatif d'identité doivent être indiqués.

A joindre :

la pièce d'identité et dans le cas d'un enfant, la copie intégrale de l'acte de naissance ou le livret de famille.

le justificatif de domicile .

- Si vous êtes domicilié auprès d'un organisme, vous devez fournir une attestation d'élection de domicile en cours de validité ou une attestation de résidence de l'établissement.
- Si vous êtes hébergé à titre gratuit, vous devez fournir une attestation sur l'honneur de l'hébergeur ainsi que son justificatif de domicile.

Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle

Rubrique à remplir uniquement pour les enfants mineurs Le formulaire doit être signé par les deux parents.

A Documents à joindre obligatoirement à votre demande Renseignements obligatoires

- Un certificat médical de moins de 6 mois prévu pour les demandes MDPH
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal (Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (Pour les enfants, joindre le justificatif de domicile du représentant légal ; pour les personnes hébergées par un tiers : justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :

Le : Signature :

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

J'accepte, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles. OU **Je n'accepte pas** que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants :

- Renouvellement d'un droit ou d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas évolué,
- Reconnaissance des conditions nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de l'aidant d'une personne handicapée,
- Attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH),
- Situation d'urgence.

Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçu(e) par la CDAPH.

Les informations que vous donnez sont confidentielles. La loi vous donne le droit d'être reçu par la CDAPH.
 La CDAPH, c'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Créée par la loi 2005-102 du 11 février 2005, elle prend les décisions d'attribution des droits aux personnes avec un handicap sur la base de l'évaluation et des propositions de la MDPH. **Une évaluation approfondie va maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous recontactera si nécessaire. Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.**

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

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Vous recevrez par courrier une réponse à votre demande dans environ 4 Mois

MDPH

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

Il faut impérativement :

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

A savoir :

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

B1 Votre vie quotidienne

Vous vivez : Seul(e) En couple Avec vos parents (ou l'un d'entre eux) Avec vos enfants (ou l'un d'entre eux)

Autre situation, précisez : _____

Où vivez-vous ?

Vous avez un logement indépendant et vous êtes : propriétaire locataire

Dans un établissement médico social ou de soins (préciser le nom, le type et le lieu) _____

Autre situation, précisez : _____

Vous êtes hébergé(e) au domicile (pensez à indiquer son nom et son adresse dans le bloc A1) :

De vos parents (ou l'un d'entre eux) De vos enfants (ou l'un d'entre eux)

D'un(e) ami(e) D'un autre membre de votre famille

D'une famille d'accueil

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

Un autre accident, précisez : _____

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

Si oui, auprès de quel organisme : _____

Aide financière et ressources

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

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

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

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

Un revenu d'activité Des indemnités journalières

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

Pension d'invalidité : 1^{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)

B1- la vie quotidienne :

Ce paragraphe permet de mieux connaître certains éléments :

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

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

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? Oui Non

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : heures par semaine.

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : heures.

Si vous travaillez à temps partiel, veuillez préciser la quotité : %.

Frais liés au handicap et restant à charge

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire.

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions

B2 Vos besoins dans la vie quotidienne

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.

Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parent(s) ;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoin pour la vie à domicile	
<input type="checkbox"/> Pour régler les dépenses courantes (loyer, énergie, habillement, alimentation...)	<input type="checkbox"/> Pour faire les courses
<input type="checkbox"/> Pour gérer son budget et répondre aux obligations (démarches administratives, assurances, impôts...)	<input type="checkbox"/> Pour préparer les repas
<input type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)	<input type="checkbox"/> Pour prendre les repas
<input type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...)	<input type="checkbox"/> Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements
<input type="checkbox"/> Autre besoin, préciser :	<input type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

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

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

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

B Vie quotidienne

Henseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

Besoin pour se déplacer

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

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

Autre situation, précisez : _____

Besoin pour la vie sociale

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

Autre besoin, précisez : _____

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vivre à domicile | <input type="checkbox"/> Une aide pour se déplacer | <input type="checkbox"/> Un accueil temporaire en établissement |
| <input type="checkbox"/> Vivre en établissement | <input type="checkbox"/> Du matériel ou équipement | <input type="checkbox"/> Une aide animale |
| <input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie | <input type="checkbox"/> Une aide financière pour des dépenses liées au handicap | <input type="checkbox"/> Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne |
| <input type="checkbox"/> Une aide humaine : quelqu'un qui aide | <input type="checkbox"/> Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne | <input type="checkbox"/> Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D) |

Autre attente, précisez : _____

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil, d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos attentes ? Oui Non

Si oui lequel / lesquels : _____ Êtes-vous en contact Oui Non
_____ Êtes-vous en contact Oui Non

Nom : _____ Prénom : _____ 7/20

• B3- Les attentes :

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

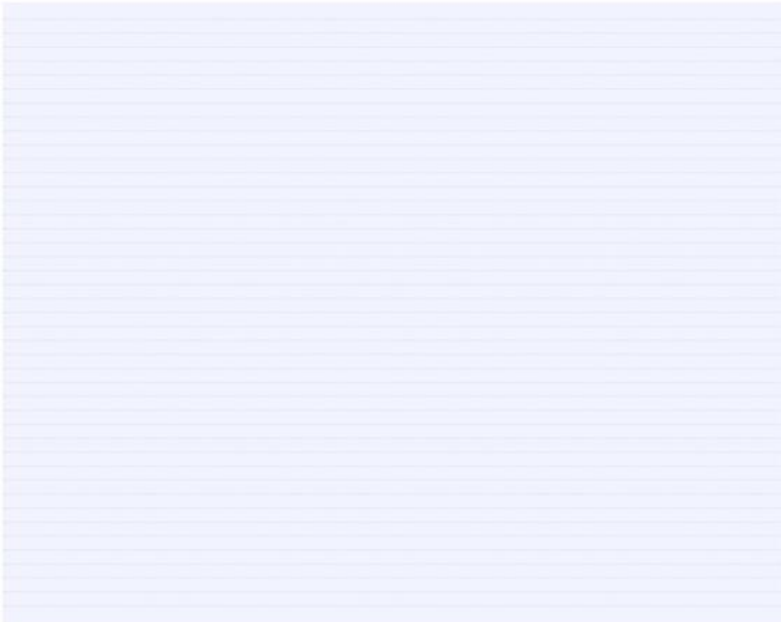
Une aide financière pour un minimum de revenu : pour les demandes AAH

Les autres cases correspondent essentiellement pour les demandes de PCH

B Votre vie quotidienne

Renseignements obligatoires
sauf renouvellement avec
situation inchangée

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



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

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

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

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

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



Vie scolaire ou étudiante

Si votre demande concerne
la scolarité ou la vie étudiante

Toute la partie concerne les aménagements possibles durant la scolarité.

D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel

D1 Votre situation

Vous avez un emploi depuis le : / /

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

Si temps complet Temps complet
Si temps partiel, fournir une copie du contrat de travail Temps partiel

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

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap ?

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 :

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

En activité: vous devez remplir la partie D1

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

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

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

Indiquer si la personne est accompagnée par :

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

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

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

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

Vous êtes sans emploi depuis le : / /

Avez-vous déjà travaillé : Oui Non

Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes actuellement sans emploi :

Votre situation :

Inscrit(e) à Pôle Emploi

En formation continue. Préciser :

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

Depuis le : / /

Accompagnement vers l'emploi réalisé par :

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

Autres, préciser :

Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?

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

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

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

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

Il faut remplir cette partie.

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

Bénéficiez-vous des prestations?

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

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

D2 Votre parcours professionnel

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

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

Votre niveau de qualification :

Primaire Secondaire Supérieur

Dernière classe fréquentée :

Vos formations :

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

Diplômes obtenus :

Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

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

Nom :

Prénom:

15/20

D2 – le parcours professionnel :

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

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

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

D3 Votre projet professionnel

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

Avez-vous besoin d'un soutien pour :

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

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

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

D3 – Votre Projet Professionnel :

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

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

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

Autres renseignements importants:

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

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

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

E Expression des demandes de droits et prestations

E1 Demandes relatives à la vie quotidienne

Les droits et les prestations délivrés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sont soumis à certaines conditions, notamment liées à l'âge :

Vous avez moins de 20 ans :

- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments
- Prestation de compensation du handicap (PCH)
- Carte mobilité inclusion - Mention invalidité
(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) OU priorité
- Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement
- Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

Vous avez plus de 20 ans :

- Allocation aux adultes handicapés (AAH). Dans ce cas, compléter également la partie D.
La loi prévoit que la MDPH est obligée d'évaluer le droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et à l'orientation professionnelle lorsqu'une demande d'AAH est formulée. (Sous certaines conditions, le droit à l'AAH peut être ouvert avant l'âge de 20 ans.)
- Complément de ressources
- Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) pour adultes
- Maintien en établissement ou service médico-social (ESMS) au titre de l'amendement Creton
- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (en cas de renouvellement ou de révision)
- Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) (en cas de renouvellement ou de révision)
- Prestation de compensation du handicap (PCH)
- Carte mobilité inclusion - Mention invalidité
(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) OU priorité
- Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement
- Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

E2 Demandes relatives à la vie scolaire

- Parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social. Préciser éventuellement votre demande :

--

La partie E précise les demandes :

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

Il est fortement recommandé de cocher à minima une case.

E1 – les demandes pour la vie quotidienne:

Il faut être vigilant en raison de la distinction entre

– de 20 ans et + de 20 ans

E2 – les demandes pour la vie scolaire:

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

Nom :

Prénom:

17/20

E Expression des demandes de droits et prestations

E3 Demandes relatives au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle (Dans ce cas, compléter aussi la partie D)

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- Orientation professionnelle
- Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) ou Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UJEROS)
- Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- Marché du travail Avec accompagnement par le dispositif Emploi accompagné
- Le dispositif emploi accompagné propose un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle du travailleur handicapé et à son employeur. Peut être bénéficiaires de ce dispositif les travailleurs handicapés :
- ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
 - accueillis dans un établissement ou service d'aide par le travail ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
 - déjà en emploi en milieu ordinaire de travail, rencontrant des difficultés particulières pour sécuriser leur insertion professionnelle.

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

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

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

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

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

Vous venez de formuler une demande de droits et prestations.

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

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

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



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

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

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

LE CERTIFICAT MEDICAL

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

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document obligatoire et essentiel pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin

Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? Oui Non

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

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ? Oui Non

* « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

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

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

A l'attention du patient

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

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____

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

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

A joindre à ce document

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

Le certificat médical:

Il est composé de 4 pages recto/ verso

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

Partie : A l'attention du médecin :

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

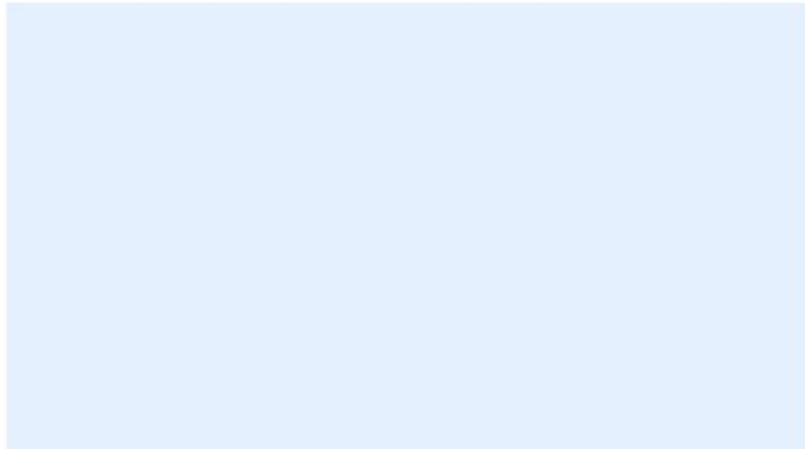
Dans le cas contraire, il est préférable de remplir toutes les pages du dossier.

Partie : A l'attention du patient:

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

Il doit préciser ses demandes (RQTH par exemple).

7. Remarques ou observations complémentaires si besoin



8. Coordonnées et signature

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

Dans le Certificat médical:

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

Coordonnées et signatures :

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

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

Vérifier que tout soit bien lisible

Des pièces complémentaires peuvent être demandées par la MDPH:

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

En leur absence dans le dossier, ces pièces ne bloquent pas l'étude de la demande, car elle est recevable sur un plan réglementaire.

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

Elles peuvent être remplacées par d'autres documents équivalents.

Volet 1



15695*01

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

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

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: ____/____/____ Date du bilan: ____/____/____

1 - Description de la déficience auditive

La déficience auditive est-elle congénitale? Oui Non

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

La déficience auditive est-elle syndromique? Oui Non

Si oui, quelles sont les déficiences associées? _____

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

(audiogramme tonal et vocal à compléter au verso)

OD: Normal Léger Moyen Sévère Profond

OG: Normal Léger Moyen Sévère Profond

Contexte évolutif: amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration possible: Dans quel délai? _____ Comment? _____

- Signes associés:

acouphènes, préciser fréquence et intensité: _____

vertiges, préciser fréquence et intensité: _____

hyperacousie, préciser fréquence et intensité: _____

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

OG: Oui Non

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

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

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

Pictogrammes Autre, préciser: _____ Aucune communication codée

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

Préciser le type d'aide: _____

Communication orale possible au téléphone sans appareillage: Oui Non

avec appareillage (conventionnel ou implant): Oui Non

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

À _____ le _____

Cachet

Signature:

Le bilan auditif

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

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

Volet 2



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

Nom: _____ Prénom: _____ Âge: _____

Diagnostic principal: _____

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

Acuité visuelle avec correction: Œil droit Œil gauche

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

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

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

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

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

Autres signes cliniques: (préciser)

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

Évolution prévisible des troubles: amélioration stabilité aggravation non définie

Si amélioration: Dans quel délai? _____ Comment? _____

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

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

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

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

Préciser: _____

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers? Oui Non

• Autres difficultés: _____

À _____ le _____

Cachet

Signature: _____

Qui étudie la demande ?

L'équipe pluridisciplinaire est l'équipe chargée d'intervenir lorsqu'une personne dépose un dossier à la MDPH.

Cette équipe est composée de professionnels de formations différentes (médecins, ergothérapeutes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux...).

Elle peut aussi s'appuyer sur des compétences externes supplémentaires : France Travail, Cap Emploi, service social MSA ou CARSAT, Education Nationale, Missions Locales, associations, Etablissements de Rééducation, ESAT, Services d'accompagnements etc...

- **L'équipe pluridisciplinaire est chargée :**
 - **d'évaluer les situations des personnes ;**
 - **d'identifier leurs besoins en fonction du projet de vie exprimé ;**
 - **d'élaborer les réponses pouvant être apportées à ces besoins en fonction du projet de vie et de la réglementation en vigueur.**

Les propositions de l'équipe font l'objet d'un **Plan Personnalisé de Compensation**.

Qui décide?

La **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)** est constituée de représentants d'associations, d'organismes d'assurance maladie et de prestations familiales, du Conseil Départemental, de l'Etat (Education Nationale, Agence Régionale de Santé, Direction du Travail et de l'Emploi, Direction de la cohésion sociale etc..)

Elle est chargée de prendre les décisions relatives aux droits pouvant être attribués aux personnes handicapées.

Pour cela, la CDAPH s'appuie sur le projet de vie de la personne, sur l'évaluation réalisée et sur les propositions faites par l'équipe pluridisciplinaire.

[Lien vers fiches pratiques CNSA](#)

CONTACTS MDPH :

MDPH 76 : Mathilde Heraud RIP : mdphinsertionpro@seinemaritime.fr

MDPH 27 : mdph-eure@eure.fr Caroline Fossard RIP caroline.fossard@eure.fr

MDA 61 : mda.ph@orne.fr

MDPH 14 : mdph@calvados.fr

MDA 50 : mdapro@manche.fr