Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET
DE LA RÉGION
PAYS DE LA LOIRE

agefiph
ouvrir l'emploi
aux personnes handicapées

7ème Séminaire Maintien dans l'emploi en SARTHE

26 Septembre 2019

L'ADAPT de St Saturnin

prith
PAYS DE LA LOIRE

Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) des Pays de la Loire

Accueil des participants au séminaire Maintien dans l’emploi

M. Eric CRISPIN – Directeur L’ADAPT Sarthe

L’ADAPT/SARTHE & FAÇADE ATLANTIQUE

prith PAYS DE LA LOIRE

Ouverture du séminaire Maintien dans l’emploi

M. Jean-Michel BOUKOBZA

Directeur – Direccte UD 72

prith
PAYS DE LA LOIRE

Actualités réglementaires

Actualités réglementaires

→Protocole départemental maintien et Coopération locale en matière de maintien dans l'emploi et

→Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel

→Evolution de l'OETH

→Actualités de la MDPH : nouveau formulaire de demande et site internet

Protocole départemental maintien et Coopération locale en matière de maintien dans l’emploi et

Mme Quintin-Vicquelin – Déléguée régionale de l’Agefiph

M. Batiot – Responsable départemental du service social de la Carsat

priith PAYS DE LA LOIRE

Charte régionale et protocoles départementaux de maintien dans l'emploi

PRITH 2017-2020

Historique

- **2008 – Dans un contexte fortement départementalisé (PDITH)**
  - Déclinaison régionale du protocole national de maintien dans l'emploi de juillet 2006 signé par l'Etat, la CNAMTS, la MSA et l'Agefiph → 1 ère charte régionale
  - Souci de formaliser/ consolider les partenariats locaux à travers des protocoles ad hoc → 5 protocoles départementaux signés

- **2011 – Installation du 1er PRITH (2011-2012)**
  - Le maintien devient un axe à part entière du PRITH
  - Le comité maintien est réinstallé en cours de plan (3ème, 2014-2017), pour une appropriation plus large des questions de maintien/ associer des acteurs absents du comité de pilotage du PRITH

- **2018/19 – Comité Maintien du PRITH**
  - Consolidation du comité maintien régional
  - Actualisation des protocoles départementaux pour la fin de l'année 2019 au plus tard (corps du texte)
  - Consolidation de la charte régionale à partir de ces travaux, en parallèle

Le contexte

- **De nombreux changements depuis 2008**
  - Une approche du maintien élargie: prévention de la désinsertion professionnelle, maintien dans une dynamique d'emploi y compris via le reclassement dans une autre entreprise …
  - L'évolution des offres de services et champs de compétences, en particulier les SST, qui ont à présent une mission de maintien, l'élargissement de la mission des Cap Emploi au Maintien en Emploi, le renforcement de la PDP au sein de l'assurance maladie…
  - D'autres réformes à venir, en lien avec le rapport Lecoq ou la réforme de la formation professionnelle (CEP pour les salariés notamment)…

- **Une pratique du maintien plus technique et concertée**

  → Qui appelle une information plus claire sur les rôles, missions et offres de services mobilisables

  → Qui justifie de revenir sur les pratiques partenariales et d'en formaliser certaines pour mieux les partager

Les objectifs / attendus

- ✓ **Formaliser et promouvoir les offres de services / les coopérations** entre acteurs du maintien au niveau local

- ✓ **Engager les départements** sur quelques actions ciblées à conduire en réponse à des problématiques ou des besoins locaux

- ✓ **Installer un espace d'échanges** local complémentaire aux réunions de préparation des séminaires maintien → « instances » maintien permettant le suivi du protocole/ de la thématique maintien au niveau local

- ✓ **Favoriser les remontées** au régional – propositions , alertes…

« Feuille de route » pour la co-construction des protocoles

- **Les éléments à produire au niveau départemental**
  - Modalités de pilotage et de suivi du protocole (article 9 du protocole)
  - Annexe 1 – contributions départementales des signataires au maintien dans l'emploi
  - Annexe 2 – plan de coopération local (problématiques partagées et actions envisagées pour y répondre)
  - Annexe 3 – formalisation des partenariats départementaux
- **Les conditions de mise en œuvre**
  - Une adhésion des signataires potentiels (actuels comme nouveaux) à la démarche
  - L'organisation de travaux sur l'écriture même du protocole, avec un 1er cercle de partenaires
  - Le cas échéant, l'installation de « l'instance » locale comme préalable à la démarche
- **L'accompagnement de la démarche**
  - Co-présidence des travaux Direccte (UD)/ Agefiph, avec le concours de l'assurance maladie (coordination PDP au niveau local)
  - Appui de la coordination du PRITH en tant que de besoin

Structure générale charte - protocoles

Convention multipartite

- Engagements partagés avec les institutions signataires
- Orientations thématiques – dont maintien dans l'emploi

⑩ « **annexe** »: cartographie en ligne du maintien dans l'emploi

Charte Pays de la Loire

- Exposé des motifs
- Cadrage/ références
- Engagements régionaux
- Leviers mobilisés
- Fonctionnement

⑩ **Annexe 1**: contributions au maintien des signataires régionaux

⑩ **Annexe 2:** programme d'action et de coopération

Protocoles départementaux

- Rappel du cadre régional
- Leviers locaux mobilisés
- Fonctionnement local

✓ Annexe 1: reprise des contributions régionales + compléments locaux

✓ Annexe 2: programme local de coopération

✓ Annexe 3 – partenariats formalisés

Séminaire Maintien dans l'Emploi

Coopération locale en matière de maintien en emploi

Sommaire

- Quels partenaires ?
- La Cellule Opérationnelle du Maintien dans l'Emploi
- La Cellule Partenariale du Maintien dans l'Emploi
- Le travail engagé…

Les partenaires

Pour la cellule opérationnelle et la cellule partenariale, ce sont les mêmes partenaires présents, à savoir :

- ✓ Echelon Local du Service Médical
- ✓ Santé au Travail 72
- ✓ Centre de Prestations en Espèces de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- ✓ Comète
- ✓ Cap Emploi
- ✓ Maison Départementale des Personnes Handicapées
- ✓ Service des Risques Professionnels
- ✓ Service Social de la Carsat

- a pour objectif :
  - ✓Un échange entre les partenaires du Maintien dans l'Emploi sur les situations dites « complexes »
  - ✓La validation des dispositifs de Maintien dans l'Emploi (demande d'autorisation auprès de la CPAM pour différents dispositifs)
  - ✓Le suivi des décisions prises

- A pour objectif :
  - ✓la coordination entre les différents acteurs du Maintien dans l'Emploi
- Constat :
  - ✓ En 2019, les participants ont fait part d'un déficit de connaissance des différents dispositifs du maintien dans l'emploi et de leur mode opératoire.

Travail engagé

- Suite à ce constat, il a été décidé d'élaborer un document local reprenant les dispositifs et procédures pour chacun des partenaires.

- Ce travail mené sur 2 cellules partenariales a permis la création d'un tableau synthétique des dispositifs

Tableau synthétique des dispositifs MDE

RECAPITULATIF DES DISPOSITIFS DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI													
	ACTEURS/PARTENAIRES												
DISPOSITIFS	Médecin Conseil	Centre PE CPAM	ST72	Service Social Carsat	Médecin traitant	Employeur	Comète	Cap Emploi	MDPH	Prestataire	OPCO	CPF	AGEFIPH
MOAIJ	Avis	Notification	Avis du méd du travail	Prescription	Avis au titre de l'arrêt	Convention de stage		Relais possible	Décision RQTH	Animation			
PSOP	Avis	Notification	Avis du méd du travail si employeur	Prescription	Avis au titre de l'arrêt	Convention de stage	Prescription Animation	Prescription	Décision RQTH	Animation			
CRPE	Est informé par la CPAM	Financement Signataire du contrat	Présomption d'aptitude prononcée par le méd du travail Prescription visite pré reprise	Evaluation sociale possible		Signataire du contrat	Prescription et évaluation sociale	Prescription	Décision RQTH et orientation professionnelle vers un CRPE	Possible	Financement possible		
Préorientation, UEROS, Formations CRRP		Notification		Accompagnement possible			Accompagnement possible	Accompagnement possible	Décision RQTH et orientation professionnelle	CRRP			
Essai encadré	Avis	Notification	Avis concertés du ou des médecins du travail et Prescripteur	Accompagnement possible Évaluation sociale si aucun partenaire en mesure de la faire	Avis au titre de l'arrêt	Accord de l'ets qui accueille	Prescription et accompagnement Évaluation sociale si accompagnemenr t	Prescription et accompagnement					
PMSMP	Avis dans le cadre d'un arrêt de travail	Notification	Avis concertés du ou des médecins du travail	Accompagnement et évaluation sociale au-delà de 7 jours	Avis au titre de l'arrêt	Accord de l'ets qui accueille		Prescription					
BIC		Saisie du Sce Social et Notification (validation pour la période couverte par l'arrêt)		Accompagnement et évalutation sociale / sollicitation des partenaires pour évaluation de la pertinence	Avis au titre de l'arrêt	Possible sollicitation pour financement	Accompagnement et évaluation sociale	Accompagnement et demande d'évaluation sociale		Devis et dates demandés par l'assuré	Possible sollicitation pour financement	Possible sollicitation pour financement	
Formations (VAE,..)		Saisie du Sce Social et Notification (validation pour la période couverte par l'arrêt)	Possible demande d'avis	Accompagnement et évalutation sociale / sollicitation des partenaires pour évaluation de la pertinence	Avis	Possible sollicitation pour financement	Accompagnement et évaluation sociale	Accompagnement et demande d'évaluation sociale		Devis et dates demandés par l'assuré	Possible sollicitation pour financement	Possible sollicitation pour financement	
Temps partiel Thérapeutique	Avis	Financement ou refus	Avis et organisation	Accompagnement possible	Prescripteur	Accord et co-construction	Accompagnement possible	Accompagnement possible					
PRESTATIONS AGEFIPH (PAS, EPAAST…)													
Prestations AGEFIPH *							Prescripteur	Prescripteur	Notification possible sur certaines prestations				Financement
AST (Aménagement Situation de Travail			Avis	Accompagnement possible	Prescription de certains dispositifs	Possible sollicitation pour	Accompagnement et mise en œuvre	Prescription Accompagnement	Possible sollicitation (ex:	Devis expert	Possible sollicitation		Financement

Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel

Mme Pavion – Direccte UD72

prith
PAYS DE LA LOIRE

Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel

La loi pour choisir son avenir professionnel du 5 septembre 2018 porte essentiellement sur :

- La formation professionnelle
- L'apprentissage

Elle comporte également des volets sur :

- L'égalité entre les femmes et les hommes dans l'entreprise
- Les droits des salariés démissionnaires et des travailleurs indépendants
- La protection contre la fraude au travail détaché
- **L'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap**

Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel

Diverses mesures de simplification dans le champ du handicap, parmi les lesquelles :

- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et l'orientation vers le marché du travail attribuées sans limitation de durée en cas d'altération définitive

- L'attribution de l'allocation adulte handicapée (AAH) sans limitation de durée à toute personne qui présente un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % et dont les limitations d'activité ne sont pas susceptibles d'évolution favorable

Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel

Accès renforcé à la formation

Mobilisation du PIC : Les publics TH sont identifiés comme publics prioritaires

PLAN D'INVESTISSEMENT DANS LES COMPETENCE : objectif de former un million de chômeurs peu qualifiés en 5 ans

Formations permettant de répondre aux besoins en compétences des entreprises du territoire

Formations certifiantes, professionnalisantes et transférables ,

Les heures acquises sur **le CPF** sont désormais monétisées

Compte alimenté à hauteur de 500 €/an, dans la limite de 5 000 €

Les droits sont majorés :

Pour les personnes travaillant en ESAT (800 €/ an) dans la limite de 8 000€

Et pour les bénéficiaires de l'obligation d'emploi

Suppression du critère d'ancienneté pour **l'éligibilité au CPF de transition**

Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel

- Le CPF de transition se substitue à l'ancien dispositif CIF au 1 er janvier2019
- Permet de changer de métiers ou de profession et finance des formations certifiantes
- Justifier 24 mois d'ancienneté dont 12 mois dans l'entreprise
- Pas de condition d'ancienneté pour les personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
- CDD CDI rémunération assurée par l'employeur et/ou par le Fongecif

L'APPRENTISSAGE

Aménagement sur les points:

- La durée du temps de travail (au regard des prescriptions du médecin)
- La durée du contrat : varie selon la qualification préparée entre 6 mois et 3 ans pouvant être portée à 4 ans
- La limite d'âge (pas applicable pour un contrat souscrit par une personne à laquelle la qualité de travailleur handicapé est reconnu
- Le déroulement de la formation : de façon normale dans un CFA
- Aménagement pédagogique possible (augmentation du temps de formation 1 an au plus)et le pourcentage du SMIC pris en compte est majoré de 15 points par rapport à celui appliqué avant cette période

Les rémunérations

- Les rémunérations :contrats inclus à partir du 1 er janvier 2019

Année d'exécution du contrat	Apprenti de moins de 18 ans	Apprenti de 18ans à 20 ans	Apprenti de 21 ans à 25 ans	Apprenti de 26 ans et plus
1 ère année	27 %	43 %	53 %	100 %
2e année	39 %	51 %	61 %	100 %
3e année	55 %	67 %	78 %	100 %

Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel

Apprentissage

- **Responsabilité accrue du centre d'apprentissage** qui pour les personnes en situation de handicap appuie la recherche d'un employeur et facilite leur intégration tant en centre de formation qu'en entreprise

- Le centre de formation d'apprentis désigne en son sein un **référent chargé de l'intégration des personnes en situation de handicap.**

Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel

Réforme des entreprises adaptées

Référence à **« Cap vers l'entreprise inclusive »** (2018-2022) dont les signataires s'engagent à :

- Créer 40 000 emplois supplémentaires
- Moderniser le modèle économique des entreprises adaptées
- Déployer de nouvelles formes d'expérimentations
- Accompagner la transformation par un effort supplémentaire conséquent

Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel

Réforme des entreprises adaptées : objectifs

- Ancrer les EA dans la logique d'entreprise
- Développer l'emploi durable « inclusif » au sein des EA et des autres entreprises
- Permettre aux plus éloignés du marché du travail un accès à l'emploi durable

Loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel

Réforme des entreprises adaptées : une offre désormais plurielle

- EA socle
- Expérimentations, assorties d'objectifs de sorties vers les autres entreprises :
  - CDD tremplin
  - EA Travail temporaire
  - EA pro-inclusive

Evolution de l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés

Mme Quintin-Vicquelin – Déléguée régionale de l’Agefiph

priith PAYS DE LA LOIRE

AGEFIPH

La réforme de l’obligation d’emploi

26 septembre 2019

agefiph

ouvrir l’emploi
aux personnes handicapées

OBJECTIFS DE LA REFORME DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

EMPLOYER	• **Une politique d'emploi inclusive** qui valorise toute forme d'emploi de personnes en situation de handicap par les employeurs publics et privés • **Une politique d'emploi adaptée au marché du travail** qui permette aux travailleurs en situation de handicap de bénéficier de toutes les opportunités d'accès à l'emploi, en traitant de façon équitable les différents types de contrat (nature/durée) et de temps de travail
SIMPLIFIER	• **Une politique d'emploi lisible et claire**, qui allège la charge de travail administrative des employeurs • **Une politique d'emploi des personnes handicapées globale, harmonisée** entre le secteur public et le secteur privé, conformément à l'esprit de la législation de 2005 • **Une politique d'emploi cohérente** avec les autres mesures concernant les employeurs, qui harmonise les différents paramètres de l'OETH avec d'autres dispositifs de contribution sociale
VALORISER	• **Une politique d'emploi équitable**, basée sur des modalités de calcul plus justes, qui prend en compte les efforts réalisés par les employeurs en faveur des travailleurs handicapés tout au long de l'année • **Une politique d'emploi mieux accompagnée et mieux contrôlée**, grâce au choix d'un outil (la déclaration sociale nominative) et d'un organisme de recouvrement des cotisations et contributions efficients

REFORME DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

Ce qui change

OETH actuelle

- Taux d'emploi fixe de 6%
- DOETH effectuée par les entreprises de 20 salariés et +
- Les établissements 20 salariés et + sont assujettis à l'OETH

OETH à partir de 2020

- Introduction d'une clause de revoyure tous les 5 ans concernant la détermination du taux « minimal » d'OETH de 6 %
- Instauration d'une obligation déclarative de l'OETH auprès de tous les employeurs via la DSN (Déclaration Sociale Nominative)
- Seules les entreprises de +20 salariés sont soumises à l'obligation d'emploi
- L'entreprise est désignée comme unité d'assujettissement à L'OETH
- Une période transitoire est prévue jusqu'en 2024 afin de limiter la hausse potentielle du montant de la contribution

REFORME DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

OETH actuelle

- 4 modalités pour atteindre le taux d'emploi :
  - Emploi direct
  - Accueil de stagiaires
  - Emploi indirect (sous-traitance EA-ESAT-TIH)
  - Accords agréés

Ce qui change

OETH à partir de 2020

- 1 seule modalité : l'emploi direct : prise en compte des BOETH quelles que soient la durée et la nature du contrat (alternant, PMSMP, stagiaire, intérim, mise à disposition…)

⇒ Taux d'emploi unique = nb de BOETH/effectif d'assujettissement

- L'EMPLOI INDIRECT

  Suppression du recours à la sous-traitance comme modalité pour les entreprises de s'acquitter partiellement de leur OETH

  => Possibilité de déduire 30% du montant de la contribution dans la limite d'un plafond de :
  - 50% pour les entreprises ayant un taux d'emploi <3%
  - 75% pour les entreprises ayant un taux d'emploi >= 3%

REFORME DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

Ce qui change

OETH actuelle

- Accords agréés, renouvelables tous les 3 ans

OETH à partir de 2020

- **ACCORDS AGREES**

  Fixation d'une durée maximale de trois ans, renouvelable 1 fois

  Suppression des accords d'établissements : seuls demeurent les accords de branche, de groupe ou d'entreprise

- **REFERENTS HANDICAP**

  Dans les entreprises d'au-moins 250 salariés, est désigné un référent « chargé d'orienter, d'informer et d'accompagner les personnes en situation de handicap »

REFORME DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

OETH actuelle

⇨ Ce qui change

OETH à partir de 2020

MINORATIONS

Possibilité de minorer la contribution si :

- **embauche d'un 1er TH**
- **TH -26 ans ou +50 ans**
- **RLH**
- **DELD**
- **Sortant d'EA ou ESAT**

Suppression du dispositif de minoration de la contribution

Valorisation de « l'effort consenti par l'entreprise en faveur des BOETH qui rencontrent des difficultés particulières de maintien dans l'emploi » : les salariés de +50 ans seront valorisés 1,5 fois

Reconnaissance de la Qualité de Travailleurs handicapée (RQTH)

Simplification administrative : attribution de la RQTH de façon définitive lorsque le handicap est « irréversible »

POUR ALLER PLUS LOIN

- Des réunions d'informations sur chaque département :
  - ⇒ **en janvier/février 2020 à La Roche sur Yon**
  - ⇒**3 Octobre** **NANTES**
  - ⇒**8 Octobre matin** **ANGERS**
  - ⇒**8 octobre après-midi** **LE MANS**
  - ⇒**17 Octobre** **LAVAL**
  - ⇒**22 Novembre** **LA ROCHE-SUR-YON**

- Le simulateur de contributions 2020 : https://www.agefiph.fr/employeur/simulateur_doeth

- Les outils sur la DOETH : vidéos, flyers... https://www.agefiph.fr/articles/obligation/en-2020-loeth-evolue-anticipons-ensemble
- Contact Agefiph : entreprises.pays-de-la-loire@agefiph.asso.fr

Actualités de la MDPH : nouveau formulaire de demande et site internet

Mme Hureau – Responsable partenarial de la MDPH

priith PAYS DE LA LOIRE

www.mdph72.fr

Maison Départementale des Personnes handicapées

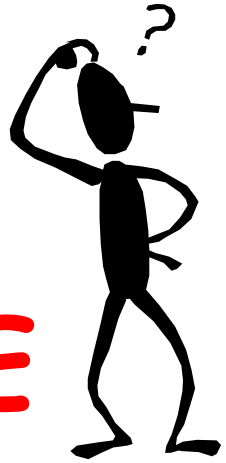
- Nouveau formulaire
- Téléservice
- Mesures de simplification dans le champ du handicap
- Loi de justice du XXIème siècle

M.D.P.H. 72

www.mdph72.fr

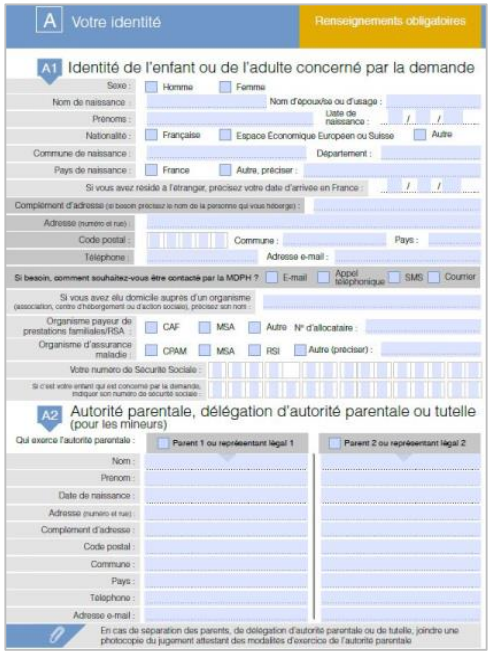
Maison Départementale des Personnes handicapées

NOUVEAU FORMULAIRE



LE DOSSIER DE DEMANDE

2 imprimés : formulaire + certificat médical


A Votre identité — Renseignements obligatoires

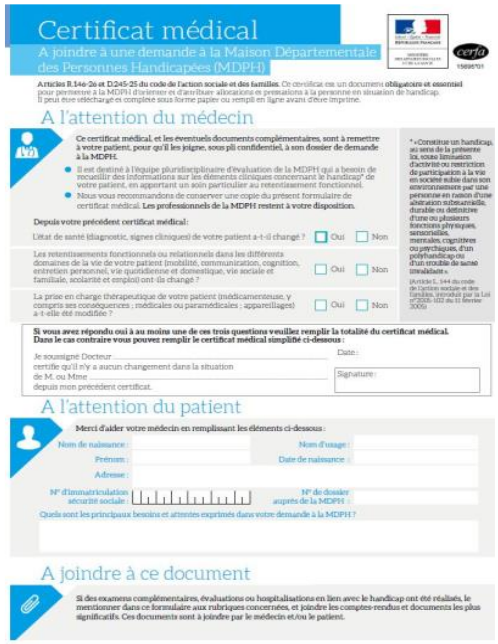
A1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe : Homme Femme
Nom de naissance : Nom d'époux/se ou d'usage :
Prénoms : Date de naissance : / /
Nationalité : Française Espace Economique Européen ou Suisse Autre
Commune de naissance : Département :
Pays de naissance : France Autre, préciser :
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 ? 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 :
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 : Parent 1 ou représentant légal 1 — Parent 2 ou représentant légal 2
Nom :
Prenom :
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

+


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'instruire 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 appartant 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

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 ..... Signature :
depuis mon précédent certificat.

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.

<u>+ Volet 1 : bilan auditif</u>

<u>+ Volet 2 : bilan ophtalmo</u>

<u>+ *Volet* 3 : handicap psychique (*A VENIR*)</u>

L'ancien formulaire ne sera plus utilisable au 1er mai 2019

UNE APPROCHE PAR LES BESOINS ET LES ATTENTES:

AVANT

Demande de droits et prestations

↓

Evaluation de la demande par l'EPE

↓

Attribution ou refus

. . .

APRES

Expression des besoins et attentes

↓

Evaluation ***GLOBALE*** de la situation par l'EPE

↓

Proposition et décision des droits et prestations pour répondre aux besoins

UN NOUVEAU FORMULAIRE AUTOUR DE 5 PRINCIPES

- Remettre l'usager en position d'expression de ses attentes au regard de sa situation ;

- Guider la formulation du besoin ressenti et des attentes tout au long du document ;

- Organiser l'information autour d'un socle commun et de deux trajectoires possibles : vie scolaire – situation professionnelle ;

- Permettre, comme dans les anciens formulaires, de demander des droits et des prestations = demande « exprimée » ;

- Inciter les aidants à apporter des informations complémentaires les concernant.

MODALITE D'UTILISATION DU NOUVEAU FORMULAIRE

Chaque partie du dossier s'articule autour de 3 axes : ***décrire sa vie quotidienne*** - ***exprimer ses besoins*** - ***préciser ses attentes***

Demande « **EXPRIMEE** »
= droit(s) et prestation(s) spécifique(s) coché(s) par l'usager

Demande « **GENERIQUE** »
= expression des besoins et attentes

Si l'équipe d'évaluation propose une prestation/droit non demandé, une demande générique est créée en plus de la demande exprimée

• LE FORMULAIRE…. DANS LE DETAIL

cerfa N°13788*01 Expérimentation

DEMANDE À LA MDPH

La MDPH, c'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées.
Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.

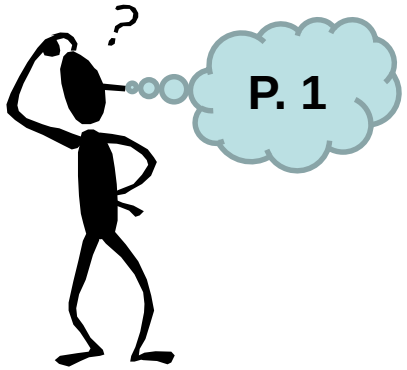
A qui s'adresse ce formulaire ?

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 citées 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 handicapées (AAH) voire un de ses compléments	Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation
Carte mobilité inclusion	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)



Indique à l'usager
Les droits pouvant
être ouverts par la
CDAPH

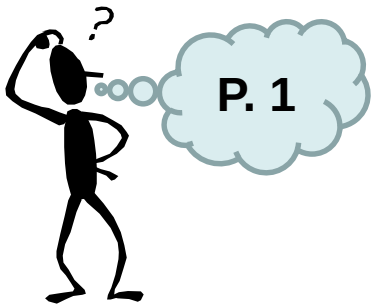
• LE FORMULAIRE…. DANS LE DETAIL

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 : .....



Indique à l'usager **les parties à compléter selon sa démarche ou sa situation** :

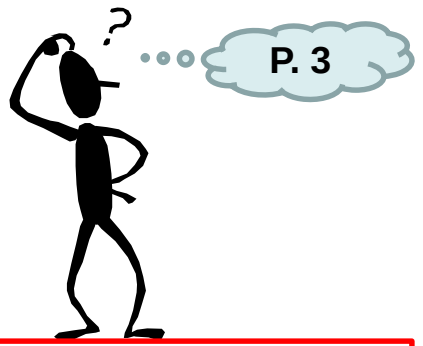
- ***Première demande,***
- ***Renouvellement avec ou sans changement de situation.***

N° de dossier **si usager déjà connu de la MDPH** (ou d'une MDPH)

COMPOSITION DU NOUVEAU FORMULAIRE :

- A Identité de la personne
- B Vie quotidienne
- C Vie scolaire ou étudiante
- D Situation professionnelle
- E Expression des demandes de droits et prestations
- F Aidants familiaux

PARTIE A « IDENTITE » (A1 à A5)



P. 3

A Votre Identité — Renseignements obligatoires

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 : .....

L'usager précise qui l'a accompagné dans sa démarche

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 :

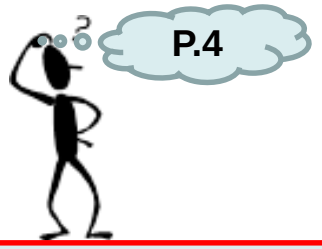
☐ Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous
☐ Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir
☐ Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement
☐ Vous 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 :
.....
.....

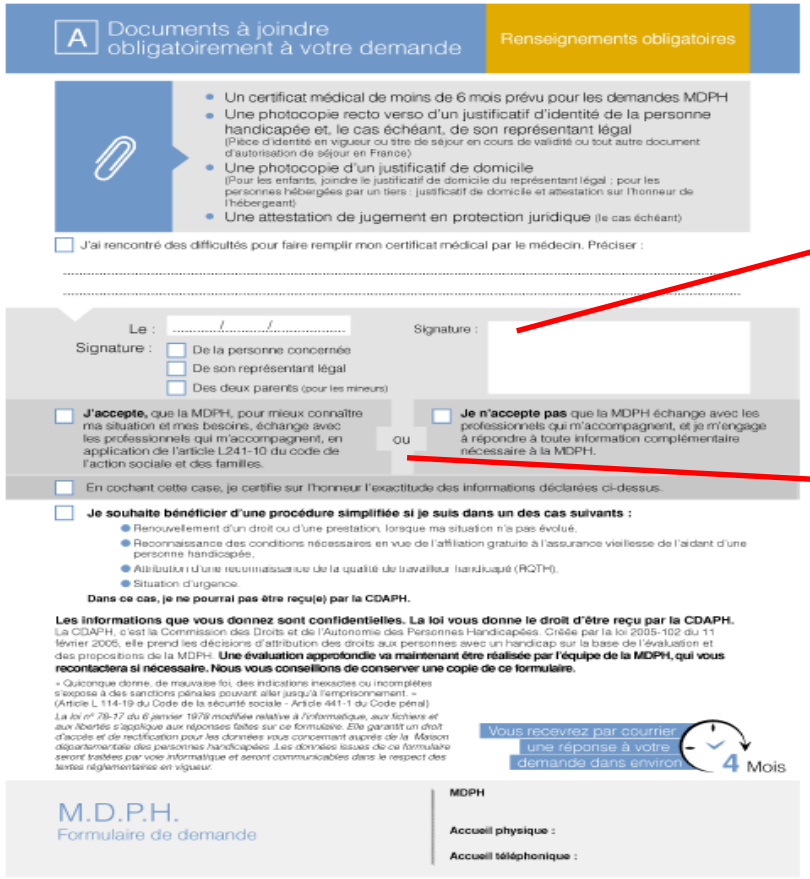
☐ Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc…)
Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance :
.....

L'usager indique les raisons pour lesquelles il demande un traitement rapide (maintien à domicile, dans l'emploi,…).
L'indication de la fin de droit en cours permet d'attirer l'attention de la MDPH sur des situations à risque de rupture.

PARTIE A « IDENTITE » (A1 à A5)



P.4



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

M.D.P.H. Formulaire de demande

MDPH

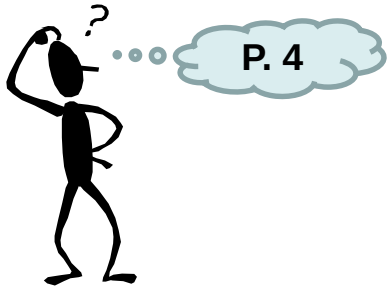
Accueil physique :

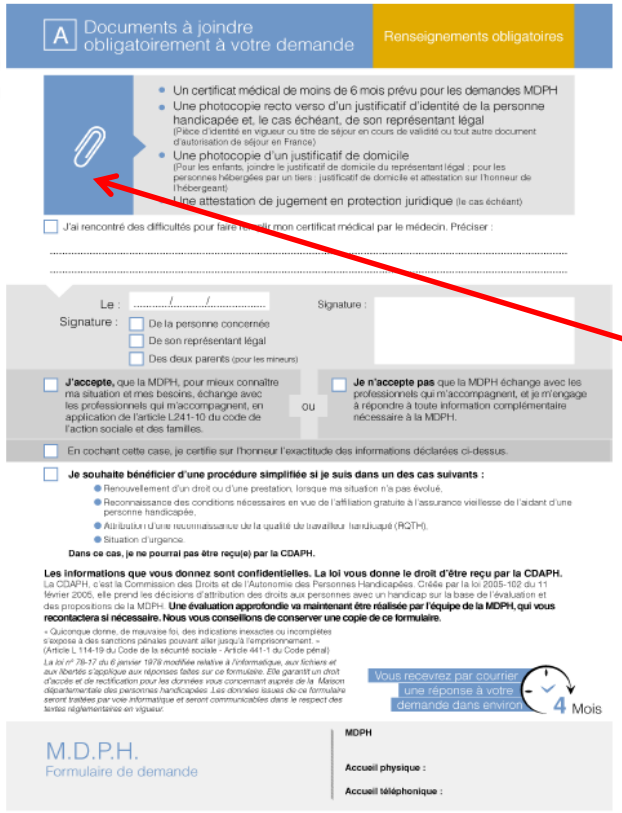
Accueil téléphonique :

Date - signature obligatoire de l'usager ou son représentant légal

Il indique s'il autorise, ou non, l'échange d'informations avec les partenaires de la MDPH connaissant sa situation

PARTIE A « IDENTITE » (A1 à A5)





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

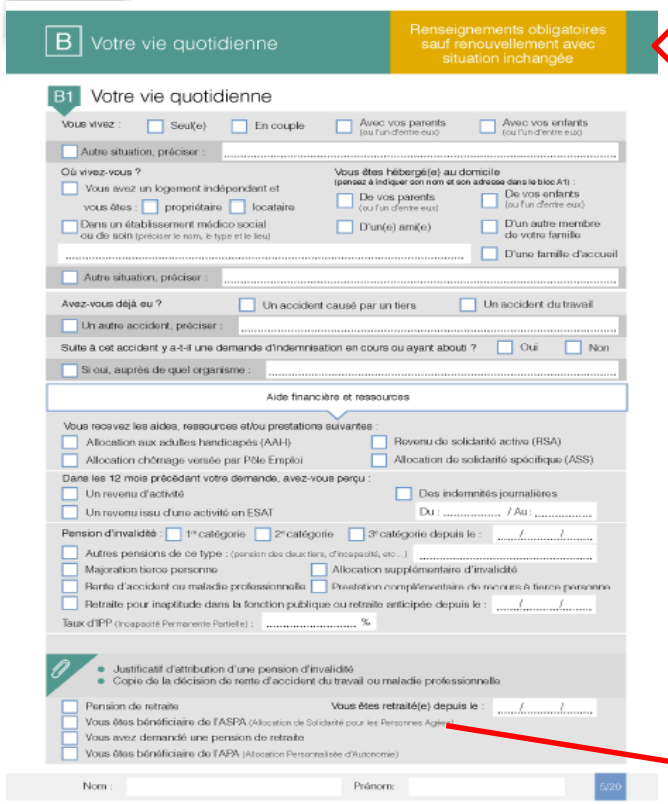
M.D.P.H.
Formulaire de demande

MDPH
Accueil physique :
Accueil téléphonique :

LES DOCUMENTS A TRANSMETTRE OBLIGATOIREMENT SONT SIGNALES PAR UN 📎

Page 4 : liste des pièces nécessaires pour la recevabilité du dossier.
Autres « trombones » : pièces spécifiques selon la situation

PARTIE B « VIE QUOTIDIENNE »



B Votre vie quotidienne — Renseignements obligatoires sauf renouvellement avec situation inchangée

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, préciser : .....

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, préciser : .....

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

☐ Un autre accident, préciser : .....

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 : ☐ 1re catégorie ☐ 2e catégorie ☐ 3e 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 : ...../...../.....

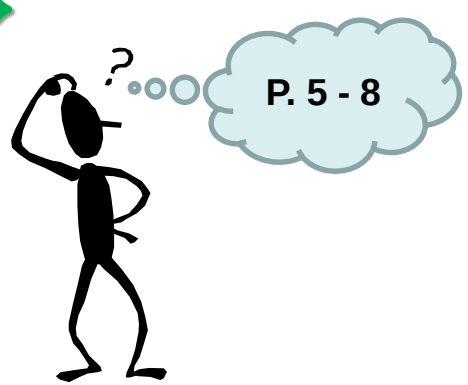
☐ Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées)

☐ Vous avez demandé une pension de retraite

☐ Vous êtes bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Nom : Prénom : 5/20

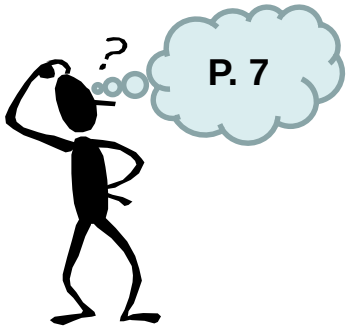
AEEH – AAH – RQTH - PCH - CMI



Partie essentielle pour la définition des besoins

Fournir la notification APA pour la mention « B.A. » sur la CMI « Invalidité »

PARTIE B « VIE QUOTIDIENNE »



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 : .....

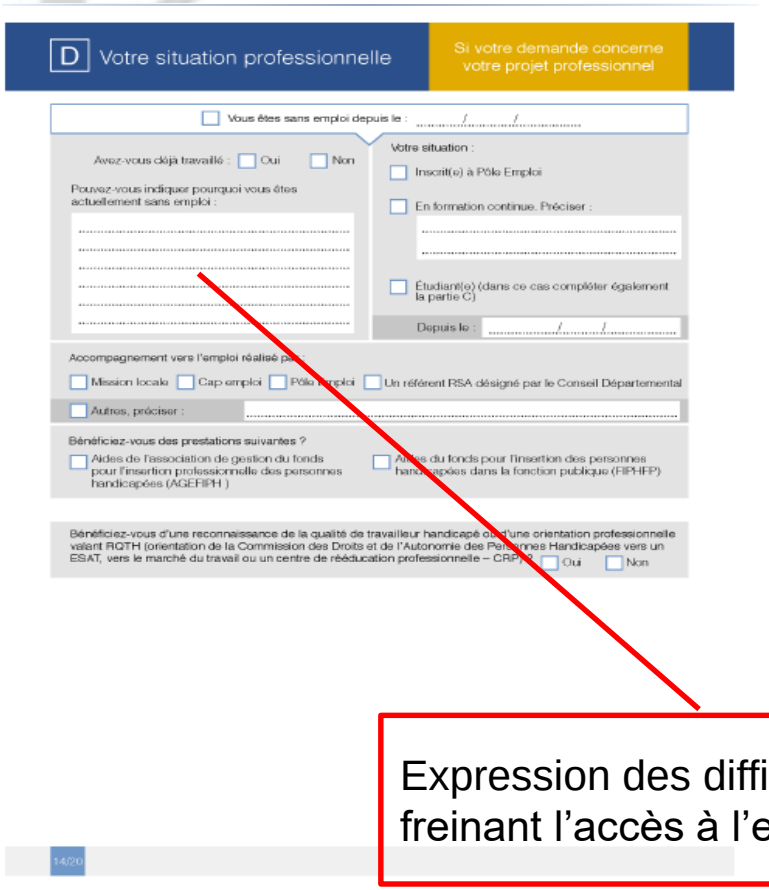
Êtes-vous en contact ☐ Oui ☐ Non

.....

Êtes-vous en contact ☐ Oui ☐ Non

- ☛ L'**usager** exprime ses **attentes** dans le formulaire.
- ☛ L'équipe d'évaluation de la MDPH peut **propose**r, en fonction des besoins de l'usager, les droits et prestations qui s'avéreraient nécessaires, si celui-ci est éligible.

VIE PROFESIONNELLE « D »



D Votre situation professionnelle

Si votre demande concerne votre projet professionnel

☐ 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 ?

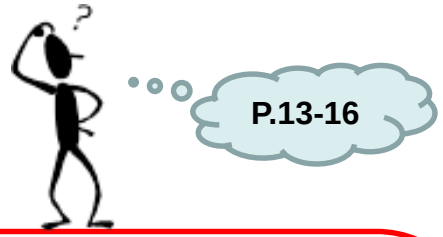
☐ Aides de l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH)

☐ 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

14/20

Expression des difficultés freinant l'accès à l'emploi

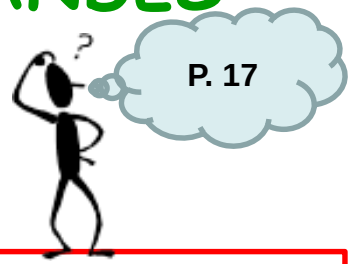


Permet à l'usager de préciser :

- Sa situation par rapport à l'emploi,
- Sa qualification,
- Son projet professionnel

⚠ ***Plus besoin de fournir un CV … remplir p. 15.***

PARTIE « E » EXPRESSION DES DEMANDES DE DROITS ET PRESTATIONS…



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)

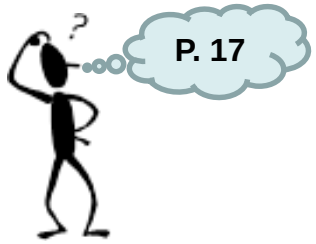
Vous avez plus de 20 ans :

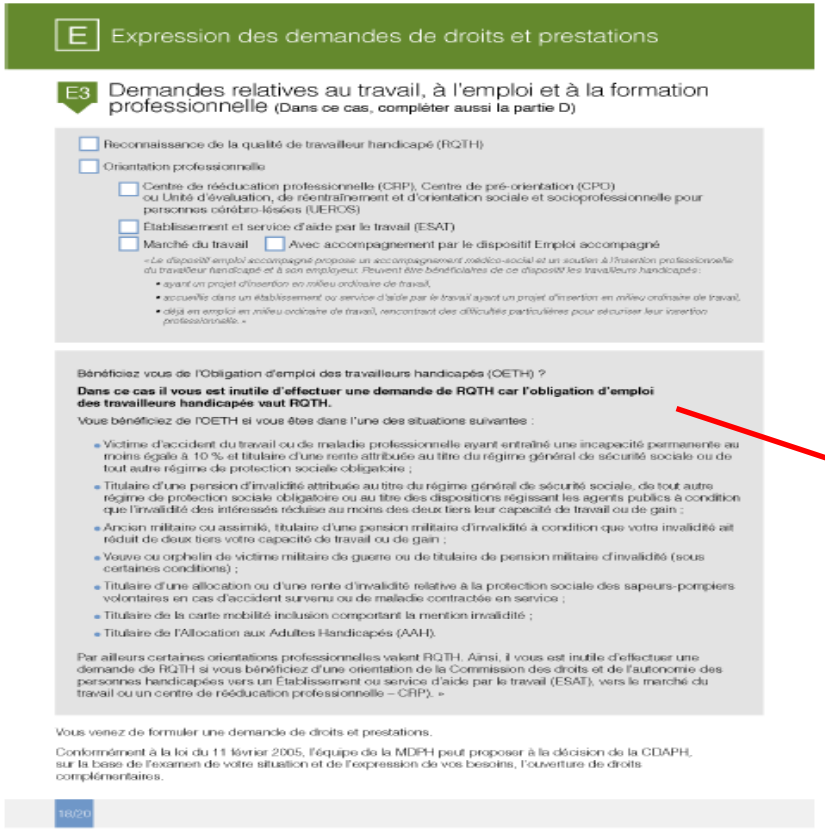
- ☐ Allocation aux adultes handicapés (AAH). Dans ce cas, compléter également la partie D.
  La loi prévoit que la MDPH évalue le droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et à l'orientation professionnelle lorsqu'une demande d'AAH est formulée. (Sous certaines conditions, 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)

Cases à cocher

Possibilité de demander directement les aides et prestations.

PARTIE « E » EXPRESSION DES DEMANDES DE DROITS ET PRESTATIONS…





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 (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). »

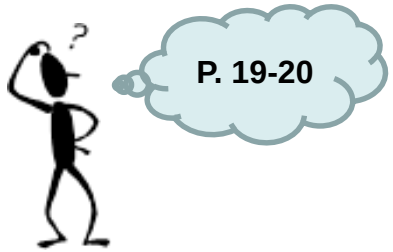
Vous venez de formuler une demande de droits et prestations.

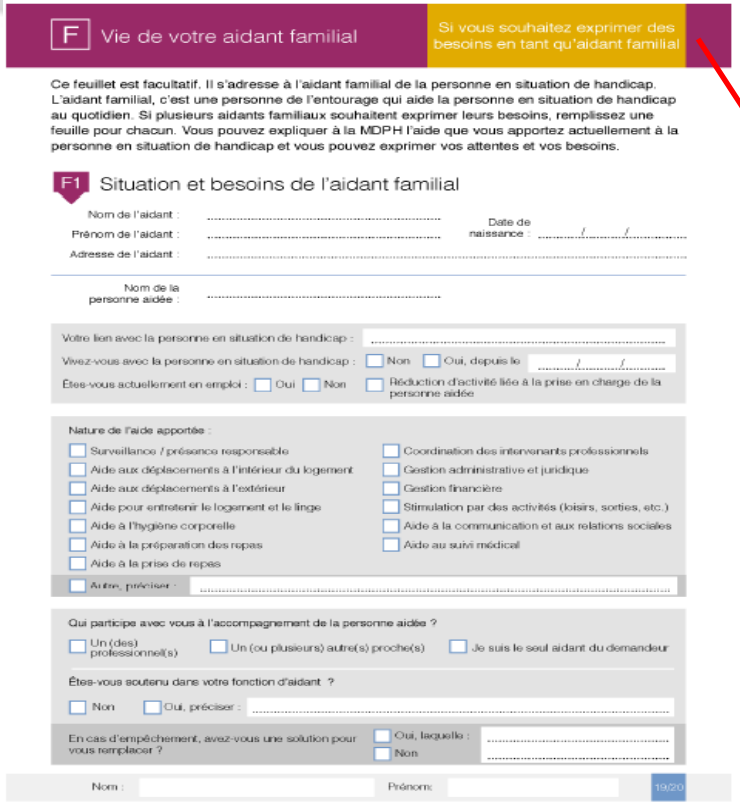
Conformément à la loi du 11 février 2005, l'équipe de la MDPH peut proposer à la décision de la CDAPH, sur la base de l'examen de votre situation et de l'expression de vos besoins, l'ouverture de droits complémentaires.

18/20

Si votre situation vous permet de bénéficiez de ***l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés*** « OETH » (Voir ci-contre), il est inutile de formuler une demande de RQTH car l'OETH vaut RQTH.

Partie « F » : VIE DE L'AIDANT FAMILIAL





F Vie de votre aidant familial

Si vous souhaitez exprimer des besoins en tant qu'aidant familial

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

Nom : Prénom : 19/20

Libre expression de l'aidant familial

Les parents pourront préciser la réduction de leur temps de travail

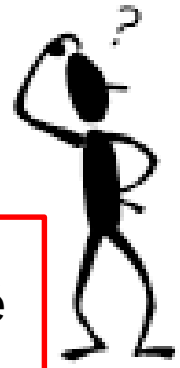
L'aidant familial signe page 20

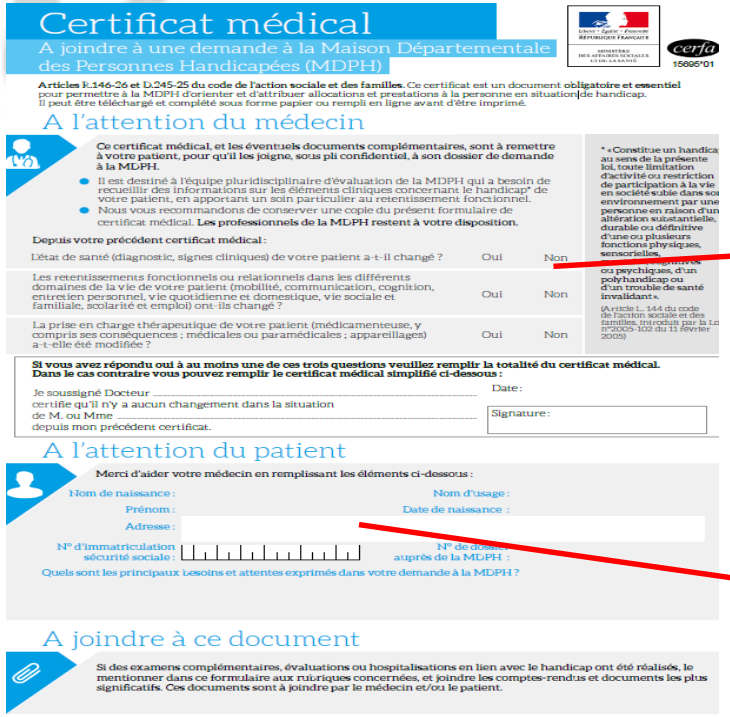
LES DOCUMENTS INDISPENSABLES A L'EVALUATION DE LA SITUATION

Le formulaire comporte des « trombones » qui indiquent les pièces à joindre

- Compte-rendu médicaux et sociaux (hospitalisation, bilan de l'établissement, …)
- Lors d'un renouvellement d'orientation : fournir le bilan de « situation »
- Pour une demande de scolarisation : fournir le GEVASco, synthèses, …
- Pour une demande de prise en charge de soins pour un enfant : fournir la prescription médicale et le(s) bilan(s) et devis mentionnant le nombre de séances
- Si demande PCH, fournir les devis, factures, …
- Si demande liée au « travail » (selon contexte) : fiche d'aptitude de la médecine du travail, copie du contrat de travail
- Pension de retraite ou d'invalidité, rente accident du travail, recours à une tierce personne, etc…

LE CERTIFICAT MEDICAL





Certificat médical

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

cerfa 15695*01

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 handica au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans so environnement par une personne en raison d'un altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, 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 Lo 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.

Si votre médecin considère que votre situation de santé n'a pas changé, il a la possibilité de remplir le CM simplifié

A compléter **OBLIGATOIREMENT** par le patient

Identification obligatoire du médecin si son tampon n'est pas apposé sur la 1ère page

BON A SAVOIR

- **Garder une COPIE du dossier**

- ***NE PAS AGRAFER les documents*** (dématérialisation)

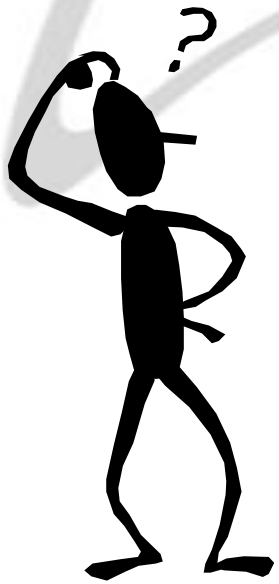
- ***Un ACCUSE DE RECEPTION de la demande est adressé au bénéficiaire (ou son représentant légal). A conserver tant que la CDAPH n'a pas pris sa décision.***

Où se procurer le dossier :

- à la MDPH, en appelant la MDPH, auprès d'un CLIC, sur le site internet de la MDPH (mdph72.fr) ou le téléservice

Où remettre le dossier complet :

- à la MDPH, par courrier, au CLIC ou le téléservice



ALLONGEMENT DE LA DUREE D'ATTRIBUTION DE CERTAINES PRESTATIONS

www.mdph72.fr

Maison Départementale des Personnes handicapées

MESURES DE SIMPLIFICATION « ALLONGEMENT DE LA DUREE DE CERTAINES PRESTATIONS ».

DROITS ET PRESTATIONS	DATE DEBUT DES DROITS	DUREE D'ATTRIBUTION MINIMALE	DUREE D'ATTRIBUTION MAXIMALE	DATE D'ENTREE EN VIGUEUR
ALLOCATION ADULTE HANDICAPE (AAH) Taux incapacité entre 50 et 79 %	*1er jour du mois suivant le dépôt de la demande*	1 an	2 ans ou jusqu'à 5 ans si la situation n'est pas susceptible d'évolution favorable	**1er janvier 2019** Attente de l'arrêté fixant les conditions d'appréciation des situations permettant l'attribution sans limitation de durée 1er janvier 2019 Art. R.821-5 et R. 821-7 du CSS + arrêté Décret 2018-1222 du 24/12/2018
ALLOCATION ADULTE HANDICAPE (AAH) Taux incapacité => 80 %	*1er jour du mois suivant le dépôt de la demande*	1 an	5 ans ou sans limitation de durée si la situation n'est pas susceptible d'évolution favorable	
COMPLEMENT DE RESSOURCES	*1er jour du mois suivant le dépôt de la demande*	1 an	5 ans	Art. R.821-5 et R. 821-7 du CSS
CMI "PRIORITE" - STATIONNEMENT"	*date de la décision du PCD. Renouvellement : date de renouvellement si dépôt antérieur à fin prestation*	1 an	20 ans ou à titre définitif	**01 janvier 2019** Art. L. 241-3, R.241-14 R.241-15 du CASF + arrêté pour la CMI invalidité
CMI "INVALIDITE"	*date de la décision du PCD. Renouvellement : date de renouvellement si dépôt antérieur à fin prestation*	1 an	20 ans Sans limitation de durée si la situation n'est pas susceptible d'évolution favorable	
Orientation vers un ESMS	*Jour de la décision de la CDAPH*	1 an	10 ans	**1er janvier 2019** R. 241-31 du CASF
RQTH	*Jour de la décision de la CDAPH*	1 an	10 ans ou sans limitation de durée si la situation n'est pas susceptible d'évolution favorable	**1er janvier 2020** Art. L. 5213-2 Code du Travail, version de la version issue de la loi du 05 septembre 2018
ORIENTATION PROFESSIONNELLE	*Jour de la décision de la CDAPH*	1 an	Orientation en « *Milieu Ordinaire du Travail* » : 10 ans ou sans limitation de durée si la situation n'est pas susceptible d'évolution favorable	**1er janvier 2020** Art. R.241-31 du CASF
ALLOCATION COMPENSATRICE TIERCE PERSONNE (ACTP)	*A la date de renouvellement si demande déposée avant fin de validité*	1 an	10 ans Sans limitation de durée si taux d'ACTP à 80 % et que le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement	**01 janvier 2019** Art. R. 245-19 du CASF et art. 241-31 du CASF

MESURES DE SIMPLIFICATION (suite)

A.E.E.H. et compléments **Taux d'incapacité compris entre 50 et 79 %**	*1er jour du mois suivant le dépôt de la demande*	AEEH de base et compléments : 2 ans	AEEH de base et compléments : 5 ans	**1er janvier 2019** Art. R. 541-4 et -541-7 du CSS Décret 2018-1294 du 27/12/2018 relatif à l'AEEH
A.E.E.H. et compléments **Taux d'incapacité =>80 %**	*1er jour du mois suivant le dépôt de la demande*	AEEH de base et compléments : 3 ans	AEEH de base : Sans limitation de durée jusqu'à l'âge limite de la prestation (20 ans) si pas de perspective d'amélioration. Si perspective d'amélioration : 5 ans Compléments à l'AEEH : 5 ans (même si base sans limitation de durée)	
AIDES A LA SCOLARITE ou AIDE HUMAINE SCOLARISATION (AESH)	*Jour de la décision de la CDAPH*	1 an	10 ans (toutefois préconisations durée du cycle, voire 1 an)	Art. R.241-31 du CASF
PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)	*1er jour du mois de dépôt de la demande* *Aide technique : date d'acquisition ou de location qui est au plus tôt le 1er jour du 6ème mois précédent le dépôt de la demande*	Volet 1 aide humaine : 1 an Volet 2 aide technique : 1 an Volet 3 aménagement du logement : 1 an Volet 3 aménagement du véhicule et surcoût liés au transport : 1 an Volet 4 charges spécifiques : 1 an Volet 4 charges exceptionnelles : 1 an Volet 5 aide animalière :1 an	Volet 1 aide humaine : 10 ans Volet 2 aide technique : 3 ans Volet 3 aménagement du logement : 10 ans Volet 3 aménagement du véhicule et surcoût liés au transport : 5 ans Volet 4 charges spécifiques : 10 ans Volet 4 charges exceptionnelles : 3 ans Volet 5 aide animalière : 5 ans	art. D.245- 33 et D.245-34 du CASF
PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH) ***"ENFANTS"***	*Dans le cadre du droit d'option pour les bénéficiaires de l'AEEH : date PCH = 1er jour qui suit la date d'échéance du droit AEEH.* *Si évolution situation :* *1er jour du mois de la décision*			

CMI (Priorité - invalidité - stationnement) : à titre définitif pour les bénéficiaires de l'APA GIR 1 et 2

LOI DE MODERNISATION DE LA JUSTICE DU XXIème SIECLE

REFORME DES VOIES DE RECOURS

Entrée en vigueur au 01 janvier 2019

Le recours gracieux devient « RECOURS ADMINISTRATIF PREALABLE OBLIGATOIRE (RAPO) avant tout recours contentieux.

- **Disparition du TCI, remplacé par le pôle social compétent au sein du Tribunal de Grande Instance (TGI – le Mans)**
- **Maintien du Tribunal Administratif de Nantes**

- **Disparition de la CNITAAT** (Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification des Accidents de Travail) **remplacée par les chambres sociales de la COUR D'APPEL (Angers)**

  - **Période transitoire: maintien de la CNITAAT jusqu'au 31/12/2020 pour les affaires saisies avant le 31/12/2018**

PROCEDURE DE RECOURS

1 – Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) dans un délai de deux mois maximum à compter de la date de réception de la notification de décision.

⚠ **le RAPO ne suspend pas la décision de la CDAPH SAUF pour les orientations ESMS**

- **Les Cartes Mobilité Inclusion (CMI)** *« Priorité, Invalidité et Stationnement »* **sont attribuées par le Président du Conseil départemental sur avis de la CDAPH. En conséquence le RAPO relatif à la CMI est à adresser au Président du Conseil départemental.**

2 – Recours contentieux :

Pôle social du TGI (Le Mans)

Saisine dans un délai de 2 mois :

- **à l'issue de la décision RAPO**
- **en l'absence de réponse de la CDAPH dans un délai de deux mois à compter de l'avis de réception du dépôt du RAPO**
- **Pour** : *AEEH – AAH – CPR – AVS – PCH – ESMS – AGAV - ACTP*

! CMI « Priorité et Invalidité » suite à décision du RAPO déposé auprès du Président du Conseil départemental.

TA (Nantes)

- Saisine dans un délai de 2 mois à l'issue de la décision RAPO ou non réponse de la CDAPH dans un délai de deux à compter de l'avis de réception du dépôt du RAPO

- Pour : *RQTH – ORP – ESAT – CRP – Fonds de Compensation*

! CMI « Stationnement » suite à décision du RAPO déposé auprès du Président du Conseil départemental.

COUR ADMINISTRATIVE D'APPEL (NANTES)

Saisine dans un délai de 2 mois à l'issue de la décision du TA

COUR D'APPEL (ANGERS)

Saisine dans un délai de 2 mois à l'issue de la décision du TGI

MERCI

POUR VOTRE ATTENTION

Les supports du séminaire seront disponibles sur le site du PRITH Pays de la Loire

http://www.prith-paysdelaloire.org/

Espace privé – Axe thématique Maintien dans l'emploi

Pour vous connecter à l'espace privé :

Identifiant : prithpdl

Mot de passe : paysdelaloire

prith PAYS DE LA LOIRE

Ateliers d’échanges

Organisation :

- Chaque groupe est identifié par un chiffre
- Chaque groupe est affecté à une salle
- Un questionnaire pour aller plus loin

Clôture du séminaire Maintien dans l’emploi

Claire Quintin-Vicquelin

Déléguée régionale - Agefiph Pays de la Loire

prith PAYS DE LA LOIRE

Les supports du séminaire seront disponibles sur le site du PRITH Pays de la Loire

http://www.prith-paysdelaloire.org/

Espace privé – Axe thématique Maintien dans l'emploi

Pour vous connecter à l'espace privé :

Identifiant : prithpdl

Mot de passe : paysdelaloire

prith PAYS DE LA LOIRE