

FORMATION ACCOMPAGNÉE

AIDE - DEMANDE - DFA - MDPH



Comment remplir le formulaire demande auprès de la MDPH

Cerfa N° 1692*01

1) Compléter la page 1

Cocher la case
«ma situation...»

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 checked="" 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

A compléter

Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

<input type="checkbox"/> Oui	Dans quel département :	<input type="text"/>	N° de dossier :	<input type="text"/>
------------------------------	-------------------------	----------------------	-----------------	----------------------

2) Compléter la partie A

3) Compléter la partie B si changement de situation

4) Puis compléter la page selon :

Vous êtes SALARIÉ



compléter la page 13

Vous êtes DEMANDEUR D'EMPLOI



compléter la page 14

5) Compléter la page 15

6) Compléter la page 16:

Expliquer votre projet

Cocher la case « Accéder à une formation » ET préciser Dispositif Formation Accompagnée

Préciser le nom de l'organisme de formation ET l'intitulé de la formation ainsi que les dates d'entrée et sortie (ou seulement la durée)

Préciser en quoi le DFA pourrait vous aider

IMPORTANT : joindre à cette demande

- Un courrier explicatif et précis du conseiller-référent
- Un certificat médical de moins de 6 mois prévu pour les demandes MDPH

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: _____

Seule partie à remplir si pas de changement depuis le dernier certificat médical

- Une photocopie d'un justificatif d'identité recto/verso
- Une photocopie d'un justificatif de domicile
- Une attestation de jugement en protection juridique (pour les personnes concernées)

Le Dispositif Formation Accompagnée (DFA) est un projet novateur co-piloté par LADAPT Normandie et l'EPNAK, avec l'aide financière de l'ARS et de la Région Normandie. Le DFA est constitué d'un référent unique et d'une équipe médico-psycho-sociale qui apporteront des solutions aux besoins spécifiques de la personne. Il sécurise et adapte le parcours de formations qualifiantes des personnes en situation de handicap.