

**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 :  <sup>Ils sont</sup> 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, précisez : .....

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<sup>re</sup> catégorie  2<sup>e</sup> catégorie  3<sup>e</sup> 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)

<input checked="" 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"/> Aide à la personne (avec quelqu'un qui aide)	<input type="checkbox"/> Aides techniques (préciser) : ex : barre d'appui, déambulateur.....		
	<input checked="" type="checkbox"/> Autres : <u>Achat ordinateur + souris scanner</u>		
	<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.

*voir feuille en annexe*

Frais engagés	Fréquence	Montant total	Montant remboursé	Précisions
679,99 + 59,99	1	739,98	0	Ordinateur + souris
690	1	690	0	Ergothérapie
1200 / 7 ans	1x jour	1200	0	Couches chq nuit

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 checked="" type="checkbox"/> Pour l'hygiène corporelle (se laver, aller aux toilettes)	<input type="checkbox"/> Pour prendre les repas
<input checked="" type="checkbox"/> Pour s'habiller (mettre et ôter les vêtements, les choisir...)	<input checked="" type="checkbox"/> Pour faire le ménage et l'entretien des vêtements
<input checked="" type="checkbox"/> Autre besoin, préciser : <u>Encoprésie toujours présente renouvellement des vêtements et sous-vêtements</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Pour prendre soin de sa santé (suivre un traitement, aller en consultation ...)

## Frais liés au handicap et restant à charge .

Ordinateur + souris scanner	739,98
Séances ergothérapie effectuées depuis le 10 mars 2020	690
Evaluation par neuro-psy	300
Bilan orthophonie	110
Couches(s) quotidiennes depuis l'âge de 3 ans	1200
Perte de nombreux vêtements, ... en cause sa désorganisation liée à la dyslexie .	
Achat de très très nombreuses sous-vêtements (car souillés) et survêtements et pantalons	...
Tous les déplacements en voiture vers les médecins, kiné pour la rééducation → encopésie, orthophoniste, ergothérapeute	...

Grand Total réduit  
aux sommes importantes

---

3039,98

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, préciser :

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 checked="" type="checkbox"/> Pour les relations avec les autres     | <input type="checkbox"/> Pour assurer sa sécurité   |

Autre besoin, préciser :

**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 checked="" type="checkbox"/> Du matériel ou équipement                                    | <input type="checkbox"/> Une aide animalière   |
| <input type="checkbox"/> Un aménagement du lieu de vie         | <input checked="" 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, préciser :

Ordinateur personnel au collège + Ergothérapie

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 :

B

Prénom :

S

S [redacted] notre fils rencontre depuis la maternelle des troubles de différents ordres. Le cumul de ceux-ci entrave sérieusement sa vie sociale et scolaire.

Sujet à l'énurésie jusqu'à l'âge de 10 ans et à l'encoprésie encore aujourd'hui, ses journées sont systématiquement perturbées depuis son plus jeune âge.

Parallèlement les troubles dyslexiques et dysortographiques suspectés depuis le CP ont conduit à des séances d'orthophonie sur toute l'année de CM2. Le praticien nous ayant dit qu'il ne pouvait le faire progresser au delà... nous avons redoublé d'efforts depuis lors.

En 5ème notre aide constante aux devoirs malgré 2 années de PAP nous a conduit à revoir des spécialistes, pédiatre, orthophoniste, psychologue, ergothérapeute. S [redacted] décrochait car le rythme d'écriture rapide le distançait.

De fait pendant le confinement il a suivi des séances soutenues d'ergothérapie dans le but de pouvoir utiliser au plus tôt un ordinateur en classe.

Aujourd'hui il arrive à suivre en vitesse d'écriture mais il lui reste de nombreux apprentissages pour la création de tableaux, les insertions, les schémas etc...

Il continue l'ergothérapie 1 fois/semaine.  
Pour l'orthophonie nous n'avons pu trouver  
un praticien libre dans un éloignement  
raisonnable.

Au quotidien nous aidons bien sûr S. pour  
les devoirs 2<sup>th</sup> environ. En sus lire pour lui  
les livres de français est assez compliqué donc  
les mercredis après-midi et samedi sont  
bien occupés. Nous lui faisons donner des  
cours particuliers dans différentes matières  
pour qu'il atteigne la moyenne.

Parallèlement nous essayons de gérer au mieux  
les problèmes d'encopésie. Chaque jour depuis  
ses 2 ans il doit prendre des médicaments  
pour réguler ses selles mais les dysfonctionnements  
sont continuels avec lavage des habits des  
toilettes de la douche de lui-même.

Les vêtements et sous vêtements doivent  
être renouvelés, rachetés très souvent.  
Les invitations chez les copains sont  
toujours des épreuves et les colonies  
de vacances nous prennent la tête bien  
avant le départ.

L'addition incontinence, encopésie, dyslexie  
dysgraphie nous pèse. Cette implication  
quotidienne est usante.

Suite

Notre attente bien sûr est que notre fils ne sorte pas du circuit scolaire conventionnel.

Nous espérons qu'avec les séances d'ergothérapie et le matériel informatique acheté récemment

S[REDACTED] pourra tenir sa tête hors de l'eau dans les mois et les années à venir.

En annexe nous tenons à rajouter que M<sup>e</sup> [REDACTED] [REDACTED] (la maman) a dû sur plusieurs années diminuer son temps de travail pour suivre les devoirs, les leçons, la lecture

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Établissement(s)
2009 - 2013	Ecole Maternelle [redacted]
2013 - 2017	Ecole Elementaire/Primaire [redacted]
2018 - 2020	Collège [redacted] [redacted]

Vous disposez actuellement d'accompagnements ou de soins :

 Soins hospitaliers Soins en libéral

Ergothérapie

 Autre, préciser : .....

Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :

 Aménagements et adaptations  
pédagogiques Outils de communication Matériel informatique et  
audiovisuel Matériel déficience auditive Matériel déficience visuelle Mobilier et petits matériels Transport Autre, préciser : .....

Vous disposez actuellement d'une aide humaine aux élèves handicapés :

 Si oui, préciser laquelle : .....

Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux...) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée	8h Collège	"	Collège	"	Collège	Devoirs	Devoirs
Midi	Cantine	"	Domicile	Cantine	Cantine		
Après-midi	Collège	"	Devoirs Lecture	Collège	Collège	Sport	
Soirée/nuit		Cours particulier Anglais		18h Aix Ergotherapy	Cours particulier Maths		



C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

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 ;
- 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.

Besoins en lien avec les apprentissages

- Pour lire
- Pour écrire, prendre des notes
- Pour calculer
- Pour comprendre, suivre les consignes
- Pour organiser, contrôler son travail
- Pour l'utilisation du matériel

Autre, préciser : .....

Besoins pour communiquer

- Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre
- Pour les relations avec les autres
- Pour assurer sa sécurité

Autre, préciser : .....

Besoins pour l'entretien personnel

- Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)
- Pour s'habiller (mettre et ôter des vêtements)
- Pour les repas (manger, boire)
- Pour prendre soin de sa santé

Encoprésie

Autre, préciser : .....

Besoins pour se déplacer

- Pour se déplacer à l'intérieur des locaux
- Pour se déplacer à l'extérieur des locaux
- Pour utiliser les transports en commun

Autre, préciser : .....

### C3 Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Une adaptation de la scolarité | <input type="checkbox"/> Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation |
| <input type="checkbox"/> Une orientation scolaire différente       | <input type="checkbox"/> Une prise en charge par un établissement sans hébergement |
| <input type="checkbox"/> Une aide humaine                          | <input type="checkbox"/> Une prise en charge par un établissement avec hébergement |
| <input checked="" type="checkbox"/> Une aide matérielle            |  |

Autre, préciser : .....

Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire, universitaire ou médico-social qui pourrait répondre à vos attentes ? Si oui, lequel ? .....

Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ?  Oui  Non

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le «GEVASco». Le GEVASco, c'est un guide de recueil de données que vous remplissez avec le directeur d'établissement (première demande) ou l'enseignant référent (réexamen). Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.

Pour les enfants scolarisés joindre impérativement le formulaire GEVASco pour toute demande de renouvellement d'aide pour la scolarisation et si possible pour toute première demande à ce propos.

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre enseignant référent, indiquez pourquoi : .....

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

En début d'année 2020 S. n'arrivait plus à suivre le rythme d'écriture en classe. Après des séances d'ergothérapie dès le confinement, nous avons pu en lien avec l'équipe médicale mettre en place dès le début de la classe de 1<sup>ère</sup> un ordinateur personnel et sa souris scanner. Ils sont devenus indispensables pour suivre sa classe. Le bilan orthophonique en juillet dernier montre une capacité à lire de niveau CM2 ! La dictée de mots simples affiche un niveau pathologique ! Nous le suivons de près pour les devoirs, les séances d'ergothérapie continuent pour s'adapter en toutes matières

## 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)
- 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 :

Nous souhaitons que le passage à l'ordinateur en classe s'effectue au mieux. La vitesse de frappe est cruciale mais l'organisation des matières en registres et dossier est loin d'être acquise. L'ergothérapie est essentielle à cet effet mais financièrement cela demande un gros effort sur une année.

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 : B [redacted] et B [redacted] [redacted]

Prénom de l'aidant : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse de l'aidant : [redacted] .....

Nom de la personne aidée : B [redacted] S [redacted]

Votre lien avec la personne en situation de handicap : Parents

Vivez-vous avec la personne en situation de handicap :  Non  Oui, depuis le naissance

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 :

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Surveillance / présence responsable          | <input type="checkbox"/> Coordination des intervenants professionnels           |
| <input type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'intérieur du logement         | <input type="checkbox"/> Gestion administrative et juridique                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aide aux déplacements à l'extérieur          | <input type="checkbox"/> Gestion financière                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aide pour entretenir le logement et le linge | <input type="checkbox"/> Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aide à l'hygiène corporelle                  | <input type="checkbox"/> Aide à la communication et aux relations sociales      |
| <input type="checkbox"/> Aide à la préparation des repas                         | <input checked="" type="checkbox"/> Aide au suivi médical                       |
| <input type="checkbox"/> Aide à la prise de repas                                |   |

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 : Par l'équipe médicale

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ?  Oui, laquelle : .....  Non

Nom : B [redacted]

Prénom : S [redacted]

Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Éloignement géographique (déménagement...)   | <input type="checkbox"/> Problème de santé  |
| <input type="checkbox"/> Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)  | <input type="checkbox"/> Changement majeur dans la situation professionnelle                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...) | <input type="checkbox"/> Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...) |

Autre, préciser : .....

## F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Pouvoir vous reposer au quotidien                  | <input checked="" type="checkbox"/> Obtenir une contrepartie financière                 |
| <input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin                 | <input type="checkbox"/> Échanger avec d'autres aidants                                 |
| <input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu                 | <input type="checkbox"/> Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche        |
| <input type="checkbox"/> Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances | <input type="checkbox"/> Avoir un soutien psychologique                                 |
| <input type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle  | <input type="checkbox"/> Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche |
| <input checked="" type="checkbox"/> Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux    | <input type="checkbox"/> Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse             |

Autre, préciser : .....

Avez-vous éventuellement déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos attentes?  
Si oui, lequel / laquelle :

.....  
.....

Vous souhaitez mieux connaître les dispositifs et aides existants :

- Pour vous     Pour la personne aidée

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer concernant votre vie d'aidant :

Au fil des ans le cumul de tous les obstacles est lourd et fatigant. On a jamais l'esprit vraiment libéré. L'entreprise bien que très présente devient secondaire face au déficit d'une scolarisation le plus proche de la normale.

Signature de l'aidant :

