



Votre dossier Caf

Demande d'informations

N° ALLOCATAIRE :
1852635 V

348

NOUS CONTACTER :

Nous téléphoner :
0810 25 34 80

Service 0,06 € / min
+ prix appel

Nous écrire :

Caf de L'Hérault
139 Avenue DE LODEVE
34943 MONTPELLIER CEDEX 9
Tous nos contacts sur caf.fr

Dossier suivi par :

A. FAUVET
Service :
DPR PRO POLE HANDICAP

MR ROMAIN PILLOT
APPT 2 ETG 3
LE VALLESPYR BAT 3
160 AVENUE DU VAL DE MONTFERRAND
34090 MONTPELLIER

Le 05/01/2017

Monsieur,

Pour nous permettre l'étude de vos droits, merci de nous adresser les informations ou documents suivants :

- le(s) document(s) ci-joint(s) à renvoyer par courrier : le formulaire de demande à l'allocation adulte handicapée à signer en page 8.

Attention, vous devez joindre ce courrier à votre réponse.

Nous vous conseillons de nous transmettre les éléments demandés sur caf.fr espace Mon Compte, rubrique « La Caf me demande », c'est plus simple et plus rapide.

Cordialement,
Votre caisse d'Allocations familiales

Attention : vous avez l'obligation de nous signaler immédiatement tout changement de situation.
La Caf vérifie l'exactitude des déclarations (article L.114-19 du code de la Sécurité sociale). La loi punit quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (articles L. 114-9 - dépôt de plainte de la Caisse pouvant aboutir à : travail d'intérêt général, amende ou peine de prison, L. 114-13 - amende, L. 114-17 du code de la Sécurité sociale - prononcé de pénalités).
La loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous garantit un droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès du directeur de votre Caf.

Emplacement réservé à la Caf

PSLOC|PDF

DAAH anfa348
PAGE 1/1

MAT 1852635 V -
IDX X 2051000 A 348 -



18526352051000541214

AAH
P.O.R.P.

Maison des Personnes Handicapées
de l'Hérault

21 JUIN 2016

ACCUEIL

Tampon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

cerfa

N° 13788*01

Réinitialiser

Imprimer

Pour remplir ce formulaire correctement, vous devez disposer du logiciel Adobe Reader 9 ou supérieur.

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : PILLOT

Nom d'épouse ou nom d'usage : _____

Prénom(s) : Romain, Marie

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre

Date de naissance : 28/8/1976

Lieu de naissance : Pays : FRANCE

Code postal : 17100

Commune : SAINTES

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____

N° de sécurité sociale ou NIR : 176081741511019

Nom de l'organisme de sécurité sociale : CPAM de l'HERAULT

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° : 1216416

Dans quel département ?

63

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

160 _____ Avenue du Val de Montferrand

N° Extension

Type de voie

Nom de la voie

Le Vallespir, Bât.C Appart.2

34090

MONTPELLIER

Complément

Code postal

Localité

Téléphone : 0952965890

Fax : 0957041281

Adresse électronique : RomainPilot@Gmail.com

Si vous avez été domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

Précisez qui détient l'autorité parentale : Mère Père Les deux Autre

Mère

Père

Nom : _____

Prénom (s) : _____

N° et rue : _____

N° Nom de la voie

N° Nom de la voie

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____

Code postal

Code postal

Commune : _____

Localité

Localité

Téléphone : _____

Fax : _____

Adresse électronique : _____

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

11/07/2016

■ Nom :PILLOT

■ Prénom : Romain, Marie

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : _____

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____

Complément _____ Code postal _____ Localité _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____

Complément _____ Code postal _____ Localité _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : 1852635 CAF MSA Autre

Nom de l'allocataire : PILLOT

Prénom (s) de l'allocataire : Romain, Marie

Nom de l'organisme : CAF de l'HÉRAULT

Adresse de l'organisme : _____

139 _____ Avenue _____ de Lodève

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____

Complément _____ Code postal _____ Localité _____

Maison des Personnes Handicapées
de l'Hérault

21 JUIN 2016

ACCUEIL

A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : Célibataire Marié(e) En couple sans être marié(e) Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : 28/8/1976 Nombre d'enfants à charge : 0

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom (s) : _____ Date de naissance : _____

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :

Type de contrat : _____ Vous _____ Votre conjoint _____

Date de début du contrat : _____ CDI CDD Apprentissage CDI CDD Apprentissage

Date de fin du contrat : _____

en milieu protégé ESAT depuis le : _____

■ Nom : PILLOT

■ Prénom (s) : Romain, Marie

	Vous	Votre conjoint
<input type="checkbox"/> Stagiaire de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de votre employeur : ou organisme de formation	_____	_____
Adresse de votre employeur : ou organisme de formation	N° et Rue : N° _____ Nom de la voie _____ Complément d'adresse : _____ Code postal : _____ Commune : _____	N° et Rue : N° _____ Nom de la voie _____ Complément d'adresse : _____ Code postal : _____ Localité : _____
Téléphone de votre employeur :	_____	_____
<input type="checkbox"/> Non salarié(e) depuis le : y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le :	18/3/2015	
Indemnisé(e) depuis le :	18/3/2015	
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique :	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="checkbox"/> Retraité(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'une pension depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation supplémentaire d'invalidité :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input checked="" type="checkbox"/> Autre : (Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)	1/12/2014	
Précisez :	AAH	

A8 - Autre situation de la personne concernée

- Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social
 Vous êtes hospitalisé(e)
 Autres cas, précisez : _____

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : _____

N° _____ Extension _____ Type de voie _____ Nom de la voie _____
Complément _____ Code postal _____ Localité _____

Maison des Personnes Handicapées
de l'Hérault

21 JUIN 2016

ACCUEIL

A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire
 Propriétaire ou accédant à la propriété
 Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
 Autres cas, précisez : _____

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

RECEVU 11/07/2015

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.

Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation.

Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...

Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :

Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

Je suis stagiaire de la formation continue en Master 1 Géomatique et j'espère continuer dans le but de trouver un travail en adéquation avec mes handicaps.

Je travaille l'été comme moniteur fédéral de voile mais mes handicaps m'empêchent de passer le diplôme qui permet de travailler à l'année ...

Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins

Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation :

■ Nom : PILLOT

■ Prénom (s) : Romain, Marie

C - Demande d'Allocations d'Éducation de l'Enfant Handicapé et son complément

Votre enfant est-il en internat ? Oui Non Depuis le :

Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico social ou sanitaire ...)

Si votre enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie l'État ou l'aide sociale ? Oui Non

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.

Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS		PÉRIODICITÉ Semaine, mois, année, occasionnelle
	Financeurs sollicités	Montants Obtenus	
Total		0 €	0 €

D - Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

Master Géomatique

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? Précisez :

Nom : UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Code postal : 34090 Commune : MONTPELLIER

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH

STAMP 11/07/2016

■ Nom : PILLLOT

■ Prénom (s) : Romain, Marie

E - Demande de cartes

- Carte d'invalidité ou de priorité
- Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
- Carte européenne de stationnement

F - Demande de prestation de compensation

- Prestation de Compensation - PCH
Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AAEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)

- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP
- Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ?

Oui Non

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

- Aide humaine

Précisez :

- Aide technique, matériel ou équipement

Précisez :

- Aménagement du logement / Déménagement

Précisez :

- Aménagement du véhicule / surcoût du transport

Précisez :

- Charges spécifiques / exceptionnelles

Précisez :

- Aide animalière

Précisez :

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom : _____

Adresse _____

N° Extension Type de voie Nom de la voie

Complément Code postal Localité

Date de naissance : _____ Lien de parenté : _____

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

■ Nom : PILLOT

■ Prénom (s) : Romain, Marie

H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

Allocation aux Adultes Handicapés - AAH Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

un revenu d'activité

du : 1/6/2015 au : 23/8/2016

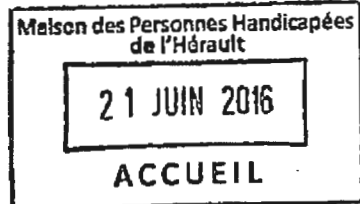
un revenu issu d'une activité en ESAT

du : au :

des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du : au :

En cas de doute, précisez la nature du revenu :



I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH

Prime de reclassement

Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)

Orientation / Reclassement : Formation

Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)

Milieu protégé (ESAT)

J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :

Un accueil de jour Précisez : _____

Un hébergement de nuit Précisez : _____

Un hébergement permanent Précisez : _____

Un accompagnement Précisez : _____

Autres (accueils temporaires ...) Précisez : _____

Quelle orientation souhaitez-vous ?

Un accueil de jour (CAJ, ...)

Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)

Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)

Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)

Autres (accueils temporaires ...)

Date d'entrée souhaitée :

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Téléphone : _____

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- ▶ le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et / ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;
- ▶ la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- ▶ l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention "priorité pour personne handicapé" ;
- ▶ la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapé ;
- ▶ les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ?

Oui Non

L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- ▶ Un certificat médical daté de moins de 3 mois
- ▶ 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 adultes);
- ▶ Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Fait à : MONTPELLIER

Le : 20/6/2016

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

Je suis : la personne concernée

ou son représentant légal

Maison des Personnes Handicapées
de l'Hérault

21 JUIN 2016

ACCUEIL

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Espace réservé
P 1110601 G
DMDPH