

FORMULAIRE DE DEMANDE(S)

Commission d'Evaluation du Handicap Commission d'Orientation des Travailleurs Handicapés (Loi n°1.410 du 2 décembre 2014)

I - IDENTIFICATION DE L'ENFANT OU DE L'ADULTE CONCERNE

Nom (ou nom de jeune fille) _____

Nom d'usage _____

Prénom(s) _____

Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance L L L L L L L L

Lieu de naissance _____

Nationalité _____

Assurance sociale : oui non

Si oui : nom de l'organisme d'assurance sociale : _____

n° d'immatriculation : _____

Etes-vous assuré(e) : personnellement à titre d'ayant droit (à préciser) : _____

Reconnaissance d'une invalidité par une Caisse Sociale oui non

Organisme _____
Catégorie : 1^{ère} catégorie 2^{ème} catégorie 3^{ème} catégorie
Taux d'IPP (AT) : _____ Date d'effet : _____

Avez-vous déjà un statut de personne handicapée : oui non

Si oui, précisez :

Le Pays : _____ La date L L L L L L L L

La qualité : Mineur Adulte Travailleur

Le dernier taux d'incapacité _____ et la date y afférent L L L L L L L L

II - ADRESSE ACTUELLE DE L'ENFANT OU DE L'ADULTE CONCERNE PAR LA DEMANDE

Date d'arrivée en Principauté (résident) :

Adresse : N° _____ Rue _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Adresse électronique : _____

III – AUTORITE PARENTALE POUR LES MINEURS UNIQUEMENT

	Mère	Père	Autre
Nom (ou nom de jeune fille)	_____	_____	_____
Nom d'usage	_____	_____	_____
Prénom	_____	_____	_____
Date de naissance	LL LL LLLL	LL LL LLLL	LL LL LLLL
Nationalité	_____	_____	_____
Adresse	_____	_____	_____
Code Postal	LLLLL	LLLLL	LLLLL
Ville	_____	_____	_____
Téléphone	_____	_____	_____
Adresse électronique	_____	_____	_____

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

IV – REPRESENTATION OU ASSISTANCE LEGALE (Le cas échéant)

Tutelle Curatelle Autre (précisez)

Ordonnance judiciaire en date du : _____

Nom d'usage de la personne ou organisme : _____

Adresse de la personne ou organisme : N° _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Adresse électronique : _____

V – SITUATION DE LA PERSONNE CONCERNEE (ADULTE OU ENFANT)

	Domicile	Crèche / Assistante maternelle*	Etablissement Scolaire*	Etablissement Médico-social ou sanitaire*	Hospitalisation*	Autre*
En journée						
En soirée						
Semaine						
Week-end						

* à préciser : noms des lieux, nombre de fois par semaine

En aucun cas mention des actes et professionnels de santé, ceux-ci viendront en complément du certificat médical.

VI – SITUATION FAMILIALE DE L'ADULTE CONCERNE OU AYANT LA CHARGE DE L'ENFANT

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

Depuis le : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

Si vous êtes en couple, nom et prénom du conjoint(e) : _____
date de naissance : _____

VII – LOGEMENT DE LA PERSONNE CONCERNEE OU DE LA PERSONNE AYANT L'ENFANT A CHARGE

Locataire Hébergé(e) chez un particulier (famille – ami)
 Propriétaire Autre (précisez) _____

Occupants du logement (nom et lien de parenté) : _____

Caractéristiques du logement :

Secteur d'habitation : Parc immobilier CAR Domanial Libre Lois n°887 ou n°1.235

Etage : _____

Accessibilité :

Accès transport en commun : Aisé Moyen Difficile Très difficile

Accès à l'immeuble : Aisé Moyen Difficile Très difficile

Accès handicapé : oui non

Accès au logement présence d'un ascenseur : oui non

Composition de l'appartement :

Nombre de pièces : _____

L'intéressé dispose-t-il d'une chambre : oui non

Remarques concernant le logement : _____

VIII – PARCOURS DE SCOLARISATION

Non scolarisé Maternelle Primaire Collège Lycée Enseignement supérieur

Scolarisé(e) en AIS (CLIS), Classe d'Adaptation (ULIS), SEGPA

Etablissement spécialisé (précisez) : _____

Bénéficiez-vous ou avez vous bénéficié : Projet Individualisé d'Intégration Scolaire SAPAD

Nom et adresse du dernier établissement fréquenté : _____

Diplôme(s) obtenu(s) ou niveau d'étude : _____

Age de l'arrêt des études : _____

IX – SITUATION PROFESSIONNELLE DE L'ADULTE CONCERNE OU AYANT LA CHARGE DE L'ENFANT

Avez-vous déjà travaillé ? **oui** **non**

En activité :

Nature de l'emploi occupé : _____

Date de début : _____

- Salarié Indépendant
 Temps plein Temps partiel Mi-temps thérapeutique Autre
 Milieu ordinaire de travail Milieu protégé

Type de contrat : CDI CDD Intérim Fonction Publique

Nom et adresse de l'employeur : _____

Sans activité :

Depuis le : _____

Dernier emploi occupé : _____

- Temps plein Temps partiel Mi-temps thérapeutique Autre
Type de contrat : CDI CDD Intérim Fonction Publique

Dernier employeur : _____

Motif de l'arrêt de l'activité professionnelle : _____

Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité : oui non

Organisme : _____ Date d'effet : _____

Bénéficiez-vous d'une rente d'accident du travail : oui non

Organisme : _____ Date d'effet : _____

Bénéficiez-vous d'une pension de retraite : oui non

Organisme : _____ Date d'effet : _____

Etes-vous, depuis demandeur d'emploi auprès de la main d'œuvre, auprès d'un service intérimaire :

oui **non** _____

X – DEMANDE DE LA PERSONNE CONCERNEE

Je souhaite *Je ne souhaite pas, être aidé(e) par un travailleur Social pour exprimer mes attentes et mes besoins. **Paragraphe facultatif sur « FEUILLE ANNEXE » à joindre à la demande***

1 – DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Allocation d'Education Spéciale

- Complément d'allocation d'éducation spéciale 1^{ère} catégorie 2^{ème} catégorie
 Aide financière supplémentaire
 Majoration spécifique

Allocation aux Adultes Handicapés

- Complément d'allocation aux adultes handicapés
 Aide financière supplémentaire
 Majoration pour enfant à charge

Allocation logement

Couverture sociale Aide Médicale Gratuite Prestations familiales

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 l'assurance maladie, les mutuelles complémentaires)

Nature des frais	Périodicité	Coûts	Prise en charge (organisme / montant)

Présence d'une personne auprès du requérant

Du fait du handicap du demandeur, 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 du demandeur, 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

Pour les mineurs :

L'enfant est-il en internat ? : oui non

Si l'enfant est placé en internat, les frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie ou l'aide sociale ? : oui non

2 – DEMANDE DE PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP

Plan d'aide :

Aide humaine (à préciser) _____

Aide technique, matériel ou équipement (à préciser) _____

Aménagement du logement / Déménagement (à préciser) _____

Aménagement du véhicule (à préciser) _____

Aide animalière (à préciser) _____

Aidant familial

3 – DEMANDE D'ORIENTATION

Vers un établissement médico-social (à préciser) _____

4- DEMANDE RELATIVE AU TRAVAIL, A L'EMPLOI, A L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

Orientation / Reclassement : **Formation**

Milieu Ordinaire :

- Définition de projet
- Insertion professionnelle
- Maintien dans l'emploi
- Reclassement au sein de la même entreprise

Caractéristiques de l'emploi : _____

Milieu Protégé (ateliers protégés) :

- AMAPEI (CAPS1)
- ESAT
- Autre : _____

Caractéristiques de l'emploi : _____

5 – DEMANDE DE CARTES

- Carte « de priorité pour personne handicapée »
- Carte de stationnement pour personnes handicapées
- Carte de transport public gratuit
- Carte « personne handicapée »

XI- PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE

- Certificat médical daté de moins de 3 mois et tout document permettant d'apprécier la nature et l'importance du handicap
- Photocopie recto-verso de la carte d'identité ou de la carte de résident de la personne handicapée et le cas échéant de son représentant légal
- Photocopie de justificatif de domicile
- Jugement de la mesure de protection judiciaire (le cas échéant)
- 2 Photographies d'identité pour le dossier
- 2 Photographies d'identité par carte demandée

D'autres pièces seront demandées ultérieurement (*notamment un justificatif du statut de personne handicapée en application d'une loi étrangère, nationale ou du lieu de résidence ou d'un justificatif permettant d'établir la qualité de proche, s'agissant de l'obtention du statut d'aidant familial....*)

Je soussigné(e), _____
atteste accepter, dans le cadre du dossier que je constitue auprès de la Commission d'Evaluation du Handicap, de la Commission d'Orientation* des Travailleurs Handicapés, de me présenter à la visite médicale qui se déroulera en présence du Médecin Inspecteur de la Direction de l'Action et de l'Aide Sociales, Président des dites Commissions et/ou du Médecin du travail, qui pourront être assistés d'un ou plusieurs Médecins spécialistes.
(* selon le cas)

Pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait à _____, le _____

Signature

de la personne concernée

de son représentant légal