





## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 3 – Situation du demandeur

- ▶ Percevez-vous déjà une Allocation Compensatrice pour Tierce Personne – ACTP ?  
 OUI     NON
- ▶ Percevez-vous déjà une Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels – ACFP ?  
 OUI     NON
- ▶ Percevez-vous déjà une Allocation d'Education pour Enfant Handicapé – AEEH ou ex AES ?  
 OUI     NON
- ▶ Bénéficiez-vous d'une Majoration Tierce Personne – MTP, versée par un organisme de la Sécurité Sociale ?  
 OUI     NON
- ▶ Faites-vous un ou plusieurs séjours à l'étranger ?
- d'une durée totale de plus de 3 mois et de moins de 6 mois par an     OUI     NON
  - d'une durée totale de plus de 6 mois par an     OUI     NON
- Si oui, ce séjour à l'étranger est nécessaire pour :
- poursuivre vos études
  - apprendre une langue étrangère
  - parfaire votre formation professionnelle
- ▶ Si vous avez plus de 60 ans, travaillez-vous ?     OUI     NON
- ▶ Pour permettre la détermination du taux de prise en charge de votre demande de prestation, veuillez déclarer vos ressources :

Montant total de vos revenus fonciers,  
de vos revenus des valeurs et capitaux mobiliers,  
de vos plus-values et gains divers :

|\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| euros

Les ressources à déclarer dans cette rubrique sont celles de l'année civile précédant celle de votre demande.

Le montant de ces revenus est celui que vous avez reporté dans votre déclaration de revenus n° 2042.

Si vous demandez la prestation de compensation pour un enfant, indiquez vos ressources ou celles de votre ménage si vous vivez en couple (vous êtes marié, vous vivez en concubinage, vous avez conclu un PACS).

## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 4 – Aides Humaines (Adultes uniquement)

#### Identification de la demande

- Première demande  
 Ré-examen  
 Renouvellement – date d'échéance :   
 Demande de forfait pour personne déficiente visuelle  
 Demande de forfait pour personne déficiente auditive

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

#### Situation du demandeur

Bénéficiez-vous actuellement de l'aide d'une ou plusieurs personnes à domicile ?

OUI     NON

	Coordonnées de la personne ou du service
Aides à domicile	
Infirmière ou aide soignante	
Membre de la famille ou de l'entourage	
Autre (garde ...) A préciser	

Avez-vous besoin d'une aide humaine pour exercer votre activité professionnelle, une fonction élective ou participer à des instances consultatives et organismes où siègent de droit des représentants des associations ou organismes regroupant des personnes handicapées ?

OUI     NON

## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 4 – Aides Humaines (Adultes uniquement)

#### Identification de la demande

- Première demande  
 Ré-examen  
 Renouvellement – date d'échéance :   
 Demande de forfait pour personne déficiente visuelle  
 Demande de forfait pour personne déficiente auditive

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

#### Situation du demandeur

Bénéficiez-vous actuellement de l'aide d'une ou plusieurs personnes à domicile ?

OUI     NON

	Coordonnées de la personne ou du service
Aides à domicile	
Infirmière ou aide soignante	
Membre de la famille ou de l'entourage	
Autre (garde ...) A préciser	

Avez-vous besoin d'une aide humaine pour exercer votre activité professionnelle, une fonction élective ou participer à des instances consultatives et organismes où siègent de droit des représentants des associations ou organismes regroupant des personnes handicapées ?

OUI     NON



# Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

## 5 – Aides Techniques (Adultes uniquement)

### Identification de la demande

- Première demande
- Ré-examen
- Renouvellement – date d'échéance : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

### Situation du demandeur

Utilisez-vous actuellement des matériels ou équipements liés à votre handicap ?

- OUI  NON

Si oui lesquels :

et depuis quand :


Avez-vous besoin d'autres matériels ou équipements liés à votre handicap ?

- OUI  NON

Si oui lesquels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 6 – Aménagement du logement (Adultes ou Enfants)

#### Identification de la demande

- Première demande  
 Ré-examen  
 Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

#### Situation du demandeur

Si la personne handicapée est un enfant, bénéficie-t-il d'un complément d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (ex AES) ?

- OUI     NON     En attente de réponse de la CDA

Si oui, complément perçu : \_\_\_\_\_ euros

#### Logement du demandeur (résidence principale)

- Êtes-vous :  propriétaire
- locataire – nom du propriétaire : \_\_\_\_\_
- hébergé(e) – nom de l'hébergeant : \_\_\_\_\_
- degré de parenté de l'hébergeant : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de ce logement ?  OUI     NON

Si oui de quel type : \_\_\_\_\_

Date de réalisation :

De quel type d'aménagements, en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant, avez-vous besoin pour ce logement ?

---



---



---



---



---

En cas d'impossibilité d'aménagement de votre logement et si vous décidez de déménager dans un logement accessible, auriez-vous besoin d'une participation aux frais de déménagement et d'installation ?

- OUI     NON

## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 6 – Aménagement du logement (Adultes ou Enfants)

#### Identification de la demande

- Première demande  
 Ré-examen  
 Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

#### Situation du demandeur

Si la personne handicapée est un enfant, bénéficie-t-il d'un complément d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé - AEEH (ex AES) ?

- OUI     NON     En attente de réponse de la CDA

Si oui, complément perçu : \_\_\_\_\_ euros

#### Logement du demandeur (résidence principale)

- Êtes-vous :  propriétaire
- locataire – nom du propriétaire : \_\_\_\_\_
- hébergé(e) – nom de l'hébergeant : \_\_\_\_\_
- degré de parenté de l'hébergeant : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de ce logement ?  OUI     NON

Si oui de quel type : \_\_\_\_\_

Date de réalisation :

De quel type d'aménagements, en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant, avez-vous besoin pour ce logement ?

---



---



---



---



---

En cas d'impossibilité d'aménagement de votre logement et si vous décidez de déménager dans un logement accessible, auriez-vous besoin d'une participation aux frais de déménagement et d'installation ?

- OUI     NON

## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 7 – Aménagement du véhicule ou surcoût de transport (Adultes ou Enfants)

#### Identification de la demande

- Première demande  
 Ré-examen  
 Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

#### Situation du demandeur

Si le demandeur est un enfant, reçoit-il une Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé – AEEH (ex AES) ?  OUI  NON  En attente de réponse de la CDA

Si oui, complément perçu : \_\_\_\_\_ euros

#### Véhicule

Etes-vous titulaire d'un permis de conduire ?  OUI  NON

Etes-vous propriétaire du véhicule à aménager ?  OUI  NON

Si non, à qui appartient le véhicule que vous utilisez ?

\_\_\_\_\_ Conduisez-vous ce véhicule ?  OUI  NON

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de véhicule ?

- OUI  NON Si oui de quel type ?  Accès au véhicule  
 Poste de conduite  
 Aménagement pour le passager  
 Autre

Depuis quand ?

Avez-vous besoin de nouveaux aménagements de ce véhicule ou d'aménagement d'un nouveau véhicule en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant ?

OUI  NON Si oui de quel type d'aménagement ?

#### Surcoût de transport

Avez-vous un surcoût financier occasionné par des déplacements réguliers et fréquents y compris lors d'un départ annuel en congé ?  OUI  NON

Si oui de quels moyens de déplacement s'agit-il ?

- Véhicule particulier Kilométrage parcouru par an : \_\_\_\_\_  
 Autres moyens de transport (taxi, transport spécialisé, transport collectif ...)

Pour quels motifs ?  Travail  Se rendre en établissement médico-social  Autres trajets

Selon quelle fréquence ? \_\_\_\_\_

## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 7 – Aménagement du véhicule ou surcoût de transport (Adultes ou Enfants)

#### Identification de la demande

- Première demande  
 Ré-examen  
 Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

#### Situation du demandeur

Si le demandeur est un enfant, reçoit-il une Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé – AEEH (ex AES) ?  OUI  NON  En attente de réponse de la CDA

Si oui, complément perçu : \_\_\_\_\_ euros

#### Véhicule

Etes-vous titulaire d'un permis de conduire ?  OUI  NON

Etes-vous propriétaire du véhicule à aménager ?  OUI  NON

Si non, à qui appartient le véhicule que vous utilisez ?

\_\_\_\_\_ Conduisez-vous ce véhicule ?  OUI  NON

Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de véhicule ?

- OUI  NON Si oui de quel type ?  Accès au véhicule  
 Poste de conduite  
 Aménagement pour le passager  
 Autre

Depuis quand ?

Avez-vous besoin de nouveaux aménagements de ce véhicule ou d'aménagement d'un nouveau véhicule en lien avec votre handicap ou celui de votre enfant ?

OUI  NON Si oui de quel type d'aménagement ?

#### Surcoût de transport

Avez-vous un surcoût financier occasionné par des déplacements réguliers et fréquents y compris lors d'un départ annuel en congé ?  OUI  NON

Si oui de quels moyens de déplacement s'agit-il ?

- Véhicule particulier Kilométrage parcouru par an : \_\_\_\_\_  
 Autres moyens de transport (taxi, transport spécialisé, transport collectif ...)

Pour quels motifs ?  Travail  Se rendre en établissement médico-social  Autres trajets

Selon quelle fréquence ? \_\_\_\_\_

# Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

## 8 – Frais spécifiques et exceptionnels (Adultes uniquement)

### Identification de la demande

- Première demande
- Ré-examen
- Renouvellement – date d'échéance : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

### Situation du demandeur

Décrivez vos frais spécifiques ou exceptionnels **liés à votre handicap**, ne relevant pas des rubriques précédentes (exemples : assurances, entretien d'un fauteuil roulant électrique, couches, usure des vêtements, lessives ...)

---

---

---

---

---

---

---

---

# Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

## 8 – Frais spécifiques et exceptionnels (Adultes uniquement)

### Identification de la demande

- Première demande
- Ré-examen
- Renouvellement – date d'échéance : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH :

### Situation du demandeur

Décrivez vos frais spécifiques ou exceptionnels **liés à votre handicap**, ne relevant pas des rubriques précédentes (exemples : assurances, entretien d'un fauteuil roulant électrique, couches, usure des vêtements, lessives ...)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 9 – Aide animalière (Adultes uniquement)

#### Identification de la demande

- Première demande  
 Ré-examen  
 Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

#### Situation du demandeur

Avez-vous un chien guide ou un chien d'assistance ?  OUI  NON

Si oui, quelle est l'association qui l'a éduqué ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de labellisation : \_\_\_\_\_

A quelle date ce chien est-il arrivé chez vous ?

Si non, avez-vous déjà pris contact avec un organisme qui met à disposition des animaux éduqués ?

OUI  NON

Si oui, quelle est la date prévisible de mise à disposition ?

# Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

## 9 – Aide animalière (Adultes uniquement)

### Identification de la demande

- Première demande
- Ré-examen
- Renouvellement – date d'échéance :

Si renouvellement ou ré-examen, préciser le N° de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

### Situation du demandeur

Avez-vous un chien guide ou un chien d'assistance ?  OUI  NON

Si oui, quelle est l'association qui l'a éduqué ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de labellisation : \_\_\_\_\_

A quelle date ce chien est-il arrivé chez vous ?

Si non, avez-vous déjà pris contact avec un organisme qui met à disposition des animaux éduqués ?

OUI  NON

Si oui, quelle est la date prévisible de mise à disposition ?

## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 10 – Procédure simplifiée

- Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée  
 Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Le choix de la procédure simplifiée et ses conséquences sont expliqués dans le mode d'emploi figurant à l'intérieur de la chemise de demande qui vous a été fournie avec ce formulaire.

### 11 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : | | | | | | | | | |

Signature  de la personne concernée ou  de son représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (*Article L 114-13 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.

## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 10 – Procédure simplifiée

- Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée  
 Je m'oppose à ce que mon dossier fasse l'objet d'une procédure simplifiée

Le choix de la procédure simplifiée et ses conséquences sont expliqués dans le mode d'emploi figurant à l'intérieur de la chemise de demande qui vous a été fournie avec ce formulaire.

### 11 – Date et lieu de la déclaration

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : | | | | | | | | | |

Signature  de la personne concernée ou  de son représentant légal

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (*Article L 114-13 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.

## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 12 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

► **Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes du dossier) :**

- Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois
- Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen\* :**  
Photocopie lisible :  de la carte nationale d'identité  
 *ou* du livret de famille  
 *ou* du passeport  
 *ou* un extrait d'acte de naissance
- Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen\* :**  
Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité
- Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :**  
Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice
- Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer...)

► **Pièces nécessaires à l'instruction (spécifiques à cette demande) :**

- Déclaration de ressources de l'année antérieure
- Attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant)
- Justificatif de fonction élective (le cas échéant)
- Attestation de l'attribution d'une Majoration Tierce Personne – MTP : pension d'invalidité, vieillesse et rente accident du travail)
- Relevé d'identité bancaire ou postal – RIB RIP

\* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.

## Demande de Prestation de Compensation ou de renouvellement d'Allocation Compensatrice

### 12 – Pièces à joindre

Pour permettre le traitement rapide de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

► **Pièces obligatoires (communes à l'ensemble des demandes du dossier) :**

- Certificat médical, rempli par votre médecin traitant et daté de moins de 3 mois
- Si vous êtes français ou ressortissant de l'espace économique européen\* :**  
Photocopie lisible :  de la carte nationale d'identité  
 *ou* du livret de famille  
 *ou* du passeport  
 *ou* un extrait d'acte de naissance
- Si vous êtes ressortissant d'un état hors de l'espace économique européen\* :**  
Photocopie lisible du titre de séjour en cours de validité
- Si vous êtes sous tutelle ou curatelle :**  
Attestation du jugement de tutelle ou curatelle – sauvegarde de justice
- Justificatif de domicile (facture EDF-GDF, quittance de loyer...)

► **Pièces nécessaires à l'instruction (spécifiques à cette demande) :**

- Déclaration de ressources de l'année antérieure
- Attestation d'emploi de tierce personne (le cas échéant)
- Justificatif de fonction élective (le cas échéant)
- Attestation de l'attribution d'une Majoration Tierce Personne – MTP : pension d'invalidité, vieillesse et rente accident du travail)
- Relevé d'identité bancaire ou postal – RIB RIP

\* Les pays de l'Union Européenne et de l'Espace Économique Européen : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.