

# Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle



12694\*01

MDPH 13

**1 – Identification de la demande**  RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)  
 Orientation professionnelle  
 Formation professionnelle (si RQTH)

Première demande

Ré-examen

Renouvellement – date d'échéance :

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

## 2 – Identifiez la personne concernée par la demande

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'époux(se) : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale de la personne concernée par la demande :

## 3 – Qualification de la personne concernée par la demande

Quel est votre niveau d'études ?  Primaire  Secondaire  Supérieur

Dernière classe ou dernier établissement d'éducation spécialisée fréquenté :

\_\_\_\_\_

Derniers diplômes obtenus :

\_\_\_\_\_ Année

\_\_\_\_\_ Année

\_\_\_\_\_ Année

Formations pré-professionnelles ou professionnelles suivies (y compris les stages) :

\_\_\_\_\_ Année

\_\_\_\_\_ Année

\_\_\_\_\_ Année

# Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

## 4 – Situation professionnelle

Avez-vous déjà travaillé ?  OUI  NON

► **Vous travaillez actuellement :**

- en milieu ordinaire
- en entreprise adaptée (ex- Atelier Protégé)
- en ESAT (ex-CAT)  
(Etablissement ou Service d'Aide par le Travail)

Quel est votre employeur et son activité ? \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :       Commune : \_\_\_\_\_

### Quel est votre emploi ?

Emploi occupé : \_\_\_\_\_

Type de contrat : \_\_\_\_\_

Depuis quand occupez-vous cet emploi ?

### ► Vous êtes sans activité professionnelle

Vous ne travaillez plus Depuis le :

Chômeur(se) indemnisé(e)

Chômeur(se) non-indemnisé(e) Vous êtes inscrit(e) à l'ANPE  OUI  NON

Dernier emploi occupé : \_\_\_\_\_

Durée de ce dernier emploi : \_\_\_\_\_

Motif de votre départ : \_\_\_\_\_

Ressources actuelles :  ASSEDIC - Allocations chômage  Indemnités Journalières

RMI - Revenu Minimum d'Insertion

Pension d'Invalidité  Rente d'Accident du Travail

ASS – Allocation Solidarité Spécifique

AAH – Allocation aux Adultes Handicapés  Autre

# Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

## 4 – Situation professionnelle

Avez-vous déjà travaillé ?  OUI  NON

► **Vous travaillez actuellement :**  en milieu ordinaire  
 en entreprise adaptée (ex- Atelier Protégé)  
 en ESAT (ex-CAT)  
(Etablissement ou Service d'Aide par le Travail)

Quel est votre employeur et son activité ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :       Commune : \_\_\_\_\_

### Quel est votre emploi ?

Emploi occupé : \_\_\_\_\_

Type de contrat : \_\_\_\_\_

Depuis quand occupez-vous cet emploi ?

### ► Vous êtes sans activité professionnelle

Vous ne travaillez plus Depuis le :

Chômeur(se) indemnisé(e)

Chômeur(se) non-indemnisé(e) Vous êtes inscrit(e) à l'ANPE  OUI  NON

Dernier emploi occupé : \_\_\_\_\_

Durée de ce dernier emploi : \_\_\_\_\_

Motif de votre départ : \_\_\_\_\_

Ressources actuelles :  ASSEDIC - Allocations chômage  Indemnités Journalières

RMI - Revenu Minimum d'Insertion

Pension d'Invalidité  Rente d'Accident du Travail

ASS – Allocation Solidarité Spécifique

AAH – Allocation aux Adultes Handicapés  Autre

# Demande relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

## 5 – Situation souhaitée par le demandeur

Quels sont vos souhaits en matière d'orientation et de reclassement professionnels ?

- Milieu ordinaire – dont entreprise adaptée  
 ESAT – Etablissement ou Service d'Aide par le Travail  
 Formation professionnelle  
 Autres Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Souhaiteriez-vous un ESAT particulier ?  OUI  NON

Si oui, lequel (si vous en connaissez un) :

Nom : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :       Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :

Précisez votre projet professionnel : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6 – 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.**

## 7 – 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 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

## 5 – Situation souhaitée par le demandeur

Quels sont vos souhaits en matière d'orientation et de reclassement professionnels ?

- Milieu ordinaire – dont entreprise adaptée  
 ESAT – Etablissement ou Service d'Aide par le Travail  
 Formation professionnelle  
 Autres Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Souhaiteriez-vous un ESAT particulier ?  OUI  NON

Si oui, lequel (si vous en connaissez un) :

Nom : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :       Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone :

Précisez votre projet professionnel : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6 – 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.**

## 7 – 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 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

## 8 – 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) :

- Curriculum Vitae (CV) - si vous en avez un

\* 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 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle

## 8 – 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) :

- Curriculum Vitae (CV) - si vous en avez un

\* 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.