







# Identification de l'adulte ou de l'enfant concerné par la demande

## 7 – Situation familiale du demandeur

Vous êtes :  Marié(e)  Pacsé(e)  En couple sans être marié(e) ou pacsé(e)

Vous vivez en couple depuis le :

Vous êtes :  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Célibataire

Vous êtes seul(e) depuis le :

## 8 – Enfants et autres personnes vivant à votre domicile

Nom et prénom	Date de naissance	Situation actuelle (scolarité, apprentissage, activité professionnelle ...)	Lien de parenté (conjoint ...)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 9 – Médecin traitant (facultatif)

Qualité :

Nom :

Adresse :

Code postal :  Commune :

Téléphone :  Mobile :

Adresse électronique :  @

# Identification de l'adulte ou de l'enfant concerné par la demande

## 10 – Autre professionnel ou organisme pouvant donner des renseignements sociaux ou médico-sociaux (facultatif)

Qualité : \_\_\_\_\_

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

Adresse : \_\_\_\_\_

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

Téléphone :           Mobile :

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## 11 – Personne ayant aidé à remplir la demande (facultatif)

Avez-vous rempli ce dossier de demande avec l'aide de quelqu'un ?  OUI  NON

Si oui, s'agit-il :  d'un parent  d'un aidant

Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Précisez ses coordonnées si vous le souhaitez : \_\_\_\_\_

## 12 – Historique administratif

Avez-vous un dossier à la **CDES** ?  OUI  NON Dans quel département ?

Si oui, votre numéro de dossier CDES : \_\_\_\_\_

Avez-vous un dossier à la **COTOREP** ?  OUI  NON Dans quel département ?

Si oui, votre numéro de dossier COTOREP : \_\_\_\_\_

Avez-vous un dossier au **SVA** ?  OUI  NON Dans quel département ?

Si oui, votre numéro de dossier SVA : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà un dossier **MDPH** ?  OUI  NON Dans quel département ?

Si oui, votre numéro de dossier MDPH : \_\_\_\_\_

## 13 – 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 441-1 du Code pénal*).

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.