



QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE A.E.E.H.

Document nécessaire à l'étude de la demande d'Allocation d'Education d'Enfants handicapés

Cadre réservé à la MDPH

DOSSIER N°(GED) :.....

NOM – Prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

NOM – Prénom du père :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Profession :

NOM – Prénom de la mère :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Profession :

L'enfant a-t-il des frères et sœurs ?

Si oui, indiquer les noms, prénoms et dates de naissance :

.....
.....
.....

Temps de présence par semaine dans ces structures : Horaire de départ et d'arrivée, ou durée passée à l'extérieur du domicile Précisez le régime : internat - ½ internat – externat	
<u>Etablissements fréquentés :</u> Crèche, école, lycée, formation, établissement spécialisé, hôpital de jour...	
<u>Autre type d'accueil :</u> Assistante maternelle, halte-garderie, centre de loisirs, centre de vacances...	

POUR CHACUNE DES RUBRIQUES CI-DESSOUS, PRECISEZ SI LA TIERCE PERSONNE EST UN MEMBRE DE LA FAMILLE OU UNE PERSONNE REMUNEREE - JOINDRE LES JUSTIFICATIFS CORRESPONDANTS : CERTIFICATS, BULLETINS DE PAIE, ATTESTATIONS...

I- BESOINS D'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE

Les enfants ou adolescents ayant des problèmes de santé importants, entravant leur vie quotidienne et les plaçant de fait en situation de handicap, peuvent avoir besoin de l'aide d'une tierce personne de façon plus importante qu'une autre personne en bonne santé et du même âge. Les questions suivantes permettront de quantifier ce besoin, en cohérence avec les éléments du certificat médical joint à la présente demande.

1- Votre enfant a-t-il besoin d'une aide directe aux actes de la vie quotidienne ?

OUI – NON ⁽¹⁾

Précisez les actes que le jeune ne peut accomplir seul et le degré nécessaire (par exemple : aide partielle pour s'habiller, surveiller la toilette, couper le viande...) ainsi que le temps que prennent ses tâches, qui les réalise et le lieu (domicile ou autre) :

2- Votre enfant a-t-il besoin d'une surveillance particulière dans la vie quotidienne ?

OUI – NON ⁽¹⁾

Précisez laquelle, le temps nécessaire, la fréquence et la personne qui en est chargée.

3- Votre enfant doit-il être accompagné lors de soins ?

OUI – NON ⁽¹⁾

Précisez les soins concernés (consultations, traitements répétés ou de longue durée) ainsi que la fréquence (nombre de fois par semaine, par mois...), la durée (par séance), la personne accompagnante, les lieux où ils se déroulent.

4- Des soins nécessaires à votre enfant sont-ils effectués par vous-même, lui-même ou une autre personne ?

OUI – NON ⁽¹⁾

Précisez les soins concernés ainsi que leur fréquence (nombre de fois par jour, par semaine...), leur durée (en précisant par jour ou par séance), la (les) personne(s) qui les effectue, et le lieu (domicile ou autre).

Précisez si votre enfant a besoin que vous vous rendiez disponible a tout instant pour l'accueillir en cas de problème aigu en rapport avec son état de santé motivant la présente demande auprès de la C.D.A.P.H..

5- Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ?

OUI – NON ⁽¹⁾

Précisez les difficultés que ces contraintes entraînent au quotidien, et s'il s'agit de l'interdiction de certains aliments, ou d'horaires particuliers, ou d'une fréquence particulière des repas, ou de produits spéciaux... ainsi que de la personne qui prépare les repas et le lieu où ils sont pris.

6- Devez-vous mettre en œuvre vous-même des mesures éducatives et/ou pédagogiques spécifiques liées aux difficultés de l'enfant, et faisant partie du projet individuel ?

OUI – NON ⁽¹⁾

Précisez lesquelles, le temps nécessaire, la fréquence et la personne qui les effectue (par exemple : stage de langue des signes, école à domicile, travail sur la communication...).

POUR CHACUNE DES RUBRIQUES CI-DESSOUS, JOINDRE LES JUSTIFICATIFS CORRESPONDANTS : FACTURE ACQUITTEE, AVIS SPECIALISE OU PRECONISATION, DEVIS, FACTURE PRO-FORMA...

II- LES DEPENSES SUPPLEMENTAIRES LIEES AU HANDICAP :

Les questions suivantes permettront à la C.D.A.P.H. d'examiner les demandes de compléments pour les dépenses particulièrement coûteuses liées aux besoins particuliers de l'enfant, en cohérence avec les éléments du certificat médical également joint à la présente demande. Selon les cas, la dépense est répétée et régulière ou ponctuelle. Il pourra aussi s'agir d'une dépense que vous avez déjà réalisée ou d'une dépense que vous ne pourrez faire que si vous en obtenez le financement. Dans ce cas, vous devez impérativement signer l'engagement à la fin de ce questionnaire, faute de quoi votre demande ne pourra être prise en compte sans facture acquittée.

1- Achat d'une aide technique :

Précisez de quel type de matériel il s'agit, dans quel objectif et par qui il a été préconisé.

2- Frais liés aux vacances et aux loisirs :

Précisez quelle partie des frais est liée aux difficultés spécifiques de l'enfant, en supplément de ce qui aurait été payé.

Précisez le coût total du séjour, et quelle partie du coût est éventuellement prise en charge par d'autres financeurs tels que les mutuelles, les comités d'entreprise...

3- Les surcoûts liés au transport :

Précisez ici les frais liés à l'aménagement du véhicule ou au recours à une prestation de transport spécialisée non prise en charge par ailleurs.

4- Les frais médicaux ou paramédicaux non remboursés par l'assurance maladie :

Précisez les frais directement en rapport avec le handicap, nécessaires à la prise en charge quotidienne de l'enfant et non pris en charge (par exemple : pommades, pansements, couches, aliments de régime, rééducations non-remboursées mais faisant partie du projet individuel de l'enfant...).

5- Autres frais :

Précisez ici les frais qui ne trouveraient pas place dans les rubriques ci-dessus. Pour chacun, détaillez les motifs, le lien avec le problème de santé de l'enfant, la part restant à votre charge (par exemple : bris fréquents de lunettes, usure prématurée des vêtements...). Joignez les justificatifs utiles : préconisation ou prescription, facture...

III- ACTIVITE PROFESSIONNELLE

L'un des parents (ou les deux) a-t-il du renoncer, cesser ou réduire son activité professionnelle en raison du handicap de votre enfant ? (fournir les justificatifs : attestation de l'employeur...)

OUI – NON ⁽¹⁾

Si oui préciser la durée : - Renonciation ou cessation totale d'activité professionnelle :
OUI – NON ⁽¹⁾
- Réduction partielle de votre activité professionnelle :
OUI – NON ⁽¹⁾

Si oui dans quelle proportion : - Réduction de votre activité de 20% : OUI – NON ⁽¹⁾
- Réduction de votre activité de 50% : OUI – NON ⁽¹⁾
- Autre taux de réduction de votre activité :%

Je soussigné(e), _____, certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Je m'engage en outre, au cas où certaines dépenses exposées ci-dessus n'auraient pas encore été réalisées, à en fournir à la C.D.A.P.H. la facture acquittée dans les plus brefs délais.

J'ai bien noté que l'organisme qui me verse les prestations familiales pourra à tout moment contrôler la réalité de la diminution ou absence d'activité d'un ou des deux parents ou la réalité de la rémunération d'une tierce personne, conformément à l'article R 541-1 du code de la Sécurité Sociale.

Fait à :

Le :

Nom et qualité du signataire :

Signature,

(1) Rayer la mention inutile

Cette fiche est à adresser à la

MDPH du Puy-de-Dôme
Pôle Enfance
11, rue Vaucanson 63100 CLERMONT-FERRAND
Tél. 04 73 74 51 20 – Fax : 04 73 74 51 28 – courriel : mdph@mdph63.fr
www.mdph63.fr

