Référentiel fonctionnel SI MDPH

Harmonisation des courriers Spécifications des courriers

Mai 2021

**Sommaire**

[0. Introduction 4](#_Toc72514794)

[1. Guide de lecture des spécifications 5](#_Toc72514795)

[1.1. Liens avec les dictionnaires de données 5](#_Toc72514796)

[1.1.1. Référence aux attributs 5](#_Toc72514797)

[1.1.2. Références simplifiées 5](#_Toc72514798)

[1.2. Les conditions 8](#_Toc72514799)

[1.3. Code couleur 9](#_Toc72514800)

[2. Quelques règles de construction des courriers 10](#_Toc72514801)

[3. Spécification des courriers harmonisés 11](#_Toc72514802)

[3.1. Traitement de la demande de compensation 11](#_Toc72514803)

[3.1.1. L’accusé de réception 11](#_Toc72514804)

[3.1.2. La demande de pièces complémentaires 18](#_Toc72514805)

[3.1.3. La notification (hors CMI, scolarité et AVPF) 22](#_Toc72514806)

[3.1.4. La notification concernant la scolarité et l’orientation ESMS enfant 54](#_Toc72514807)

[3.1.5. La notification concernant la CMI 67](#_Toc72514808)

[3.1.6. La notification concernant l’AVPF 74](#_Toc72514809)

[3.2. Traitement de la demande de révision par un tiers 80](#_Toc72514810)

[3.2.1. L’accusé de réception 80](#_Toc72514811)

[3.2.2. Le courrier d’information de l’usager 83](#_Toc72514812)

[3.2.3. La demande de pièces complémentaires à l’usager 87](#_Toc72514813)

[3.2.4. La demande de pièces complémentaires au tiers demandeur 91](#_Toc72514814)

[3.2.5. La notification (hors scolarité et ESMS enfant) 94](#_Toc72514815)

[3.2.6. La notification concernant la scolarité et l’orientation ESMS enfant 105](#_Toc72514816)

[3.3. Traitement du Plan d’accompagnement global (PAG) 112](#_Toc72514817)

[3.3.1. L’accusé de réception de la sollicitation de PAG (cas où le PAG n’est pas associé à un dossier de demande) 112](#_Toc72514818)

[3.3.2. La fiche de recueil de l’accord préalable pour un PAG sollicité 116](#_Toc72514819)

[3.3.3. La fiche de recueil de l’accord préalable pour un PAG proposé par l’EP, dans le cadre de l’évaluation d’une demande de compensation 121](#_Toc72514820)

[3.3.4. La fiche de recueil de l’accord préalable pour un PAG proposé par l’EP, dans le cadre du suivi des décisions 126](#_Toc72514821)

[3.3.5. Le courrier de convocation au GOS 131](#_Toc72514822)

[3.3.6. Le courrier d’accompagnement du PAG 135](#_Toc72514823)

[3.3.7. La trame de PAG 139](#_Toc72514824)

[3.4. Traitement des recours 143](#_Toc72514825)

[3.4.1. L’accusé de réception de la demande de conciliation 143](#_Toc72514826)

[3.4.2. L’accusé de réception de la demande de RAPO 147](#_Toc72514827)

[3.4.3. La demande de pièces complémentaires 151](#_Toc72514828)

[3.4.4. La notification (hors CMI, scolarité, ESMS enfant et AVPF) 155](#_Toc72514829)

[3.4.5. La notification concernant la scolarité et l’orientation ESMS enfant 165](#_Toc72514830)

[3.4.6. La notification concernant la CMI 172](#_Toc72514831)

[3.4.7. La notification concernant l’AVPF 184](#_Toc72514832)

[3.5. Traitement de la MISPE 190](#_Toc72514833)

[3.5.1. La prescription de MISPE en phase d’évaluation 190](#_Toc72514834)

[3.5.2. La prescription de MISPE en phase post-décision 194](#_Toc72514835)

[3.5.3. Le rejet de la demande de MISPE (MISPE sollicitée par l’usager) 198](#_Toc72514836)

[3.5.4. La fiche de recueil de l’accord préalable en phase d’évaluation 202](#_Toc72514837)

[3.5.5. La fiche de recueil de l’accord préalable en phase post-décision 206](#_Toc72514838)

[3.6. L’attestation de bénéficiaire de l’OETH 209](#_Toc72514839)

[4. Identification des destinataires 211](#_Toc72514840)

[5. Libellés des nomenclatures ajustés pour les courriers 213](#_Toc72514841)

1. Introduction

Ce document décrit les courriers harmonisés du SI MDPH (accusé de réception, demande de pièces complémentaires, notifications, …), de manière exhaustive et selon une codification exposée au chapitre « 1 Guide de lecture des spécifications ».

Des modèles de courriers, en cohérence avec ces spécifications, sont proposés dans le document « *CNSA\_SI-MDPH\_TC\_Modèles de courriers* ». Ce même document expose également les principes de construction des courriers harmonisés.

Les données utilisées dans ces spécifications sont décrites dans les Dictionnaires de Données du SI MDPH : « *CNSA\_SI-MDPH\_RF\_Dictionnaires de Données* ».

1. Guide de lecture des spécifications
   1. Liens avec les dictionnaires de données
      1. Référence aux attributs

Certains éléments des courriers sont variables, en lien avec des attributs des différents dictionnaires de données (« Individu », « Dossier de Demande(s) de Compensation », « Réponse », … etc.). Les spécifications font référence à ces attributs sous forme de champs de fusion présentés de la manière suivante :

**[<dictionnaire de données>/<entité liée 1>/<entité liée 2>/ … /< entité liée n>/<attribut>]**

La présence des éléments <entité liée 1> à <entité liée n> dépend de la structure de l’objet ciblé. Les noms des structures sont indiqués dans les colonnes « Entité liée » du dictionnaire concerné.

Cas particulier :

Dans le dictionnaire de données « Réponse », les structures propres à un (ou à un ensemble de) droit(s) ou prestation(s) sont décrites dans l’onglet « Détail prestation » du classeur des dictionnaires. Les attributs de ces structures sont identifiés de la manière suivante :

**[Réponse/Décision/Droit prestation/<droit ou ensemble de droits>/<attribut>]**

|  |
| --- |
| **Exemples**   * L’attribut « précision de la demande » d’une Demande de révision par un tiers sera identifié **[Dossier Demande Révision/Demande de révision/précision de la demande]** * L’attribut « taux d’incapacité » d’un droit au Complément de ressource sera identifié **[Réponse/Décision/Droit prestation/CPR/taux incapacité]** * L’attribut « mode entrée DITEP » d’une Orientation en ESMS Enfant – Dispositif ITEP sera identifié **[Réponse/Décision/Droit prestation/ESMS Enfant/Détail prestation/mode entrée DITEP]** |

* + 1. Références simplifiées

Des références simplifiées ont été définies afin de réduire la longueur textuelle les références aux structures. Les noms des attributs élémentaires sont, quant à eux, généralement écrits tels que définis dans leurs dictionnaires de données respectifs.

|  |
| --- |
| **Exemple**  La structure « Détail prestation » d’une décision d’attribution d’un droit à la PCH 2 ou à la PCH 4, normalement identifiée **[Réponse/Décision/Droit prestation/PCH2 ou PCH4/Détail prestation]**, a pour référence simplifiée « **DET‑PCH2-4** ».  Ainsi, on fera référence à l’attribut « montant attribué » de la PCH 2 ou de la PCH 4 de la manière suivante : **[DET PCH2-4 n/montant attribué]** (ou <n> est l’indice de la structure Détail prestation concernée puisque le droit peut en comporter plusieurs). |

La référence simplifiée d’une structure peut être identique à celle d’une structure semblable appartenant à un autre objet. Dans ce cas, la structure effectivement adressée dépend du contexte d’utilisation de la référence simplifiée.

1. Liste des références simplifiées, par objet métier

| **Références simplifiées** aux dictionnaires de données *Par objet métier* | |
| --- | --- |
| Demande de compensation | |
| **DOS-COMP** | [Dossier Demande Compensation] |
| **DEM-COMP** | [Dossier Demande Compensation/Demande de compensation] |
| **INSTR** | [Dossier Demande Compensation/Instructeur référent] |
| **P-COMPL** | [Dossier Demande Compensation/Pièce complémentaire pour évaluation] |
| **P-RECEV** | [Dossier Demande Compensation/Pièce de la recevabilité attendue] |
| Demande de révision par un tiers | |
| **DOS-REV** | [Dossier Demande Révision] |
| **DEM-REV** | [Dossier Demande Révision/Demande de révision] |
| **INSTR** | [Dossier Demande Révision/Instructeur référent] |
| **P-COMPL** | [Dossier Demande Révision/Pièce complémentaire pour évaluation] |
| Individu | |
| **INDIVIDU** | [Individu] |
| **IDENTITE** | [Individu/Identité] |
| **PROTEC** | [Individu/Mesure de protection] |
| **ORG-PAY** | [Individu/Organisme payeur prestations familiales] |
| **PARENT** | [Individu/Parent] |
| Réponse | |
| **DECISION** | [Réponse/Décision] |
| **DROIT** | [Réponse/Décision/Droit prestation] |
| **AAH-CPR** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(AAH ou CPR)] |
| **ACTP-ACFP** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(ACTP ou ACFP)] |
| **AEEH-CPL** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(AEEH ou Complément AEEH)] |
| **DET-ESMS** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(Orientation ESMS Enfant ou Orientation ESMS Adulte)/Détail prestation] |
| **OR-ESMS** | [Réponse/Décision/Droit Prestation/(Orientation ESMS Enfant ou Orientation ESMS Adulte)] |
| **DET-SCO** | [Réponse/Décision/Droit Prestation/Orientation scolaire/Détail prestation] |
| **OR-SCO** | [Réponse/Décision/Droit Prestation/Orientation scolaire] |
| **DET-PCH2-4** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(PCH2 ou PCH4)/Détail prestation] |
| **PCH2-4** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(PCH2 ou PCH4)] |
| **DET-AHEH-I** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Aide Humaine aux élèves Handicapés-Individuelle/Détail prestation] |
| **AHEH-I** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Aide Humaine aux élèves Handicapés-Individuelle] |
| **DET-AHEH-M** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Aide Humaine aux élèves Handicapés-Mutualisée/Détail prestation] |
| **AHEH-M** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Aide Humaine aux élèves Handicapés-Mutualisée] |
| **DET-CMI** | [Réponse/Décision/Droit prestation/CMI/Détail prestation] |
| **CMI** | [Réponse/Décision/Droit prestation/CMI] |
| **DET-ESRP** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Formation et insertion professionnelle - ESRP/Détail prestation] |
| **M-TRAVAIL** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Formation et insertion professionnelle – Orientation vers le marché du travail] |
| **DET-PROF** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Formation et insertion professionnelle (hors ESRP)/Détail prestation] |
| **DET-PCH1** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH1/Détail prestation] |
| **PCH1** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH1] |
| **NAT-PCH3** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH3/Détail prestation/Nature de l’aide] |
| **DET-PCH3** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH3/Détail prestation] |
| **PCH3** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH3] |
| **PCH5** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH5] |
| **RQTH** | [Réponse/Décision/Droit prestation/RQTH] |
| PAG | |
| **STRUCT-COORD** | [PAG/Coordonnateur parcours/Structure de rattachement] |
| **COORD-PAG** | [PAG/Coordonnateur parcours] |
| **REF-PAG** | [PAG/Référent élaboration PAG] |
| Recours et conciliation | |
| **CONCIL** | [Conciliation] |
| **CONTEST** | [Conciliation/Contestation] |
| **INSTR** | [Conciliation/Instructeur référent] |
| **RAPO** | [RAPO] |
| **CONTEST** | [RAPO/Contestation] |
| **INSTR** | [RAPO/Instructeur référent] |
| **P-COMPL** | [RAPO/Pièce complémentaire pour évaluation] |
| MISPE | |
| **SOL-MISPE** | [Sollicitation de MISPE] |

1. Liste des références simplifiées, par ordre alphabétique

| **Références simplifiées** aux dictionnaires de données *Par ordre alphabétique* | |
| --- | --- |
| **AAH-CPR** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(AAH ou CPR)] |
| **ACTP-ACFP** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(ACTP ou ACFP)] |
| **AEEH-CPL** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(AEEH ou Complément AEEH)] |
| **AHEH-I** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Aide Humaine aux élèves Handicapés-Individuelle] |
| **AHEH-M** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Aide Humaine aux élèves Handicapés-Mutualisée] |
| **CMI** | [Réponse/Décision/Droit prestation/CMI] |
| **CONCIL** | [Conciliation] |
| **CONTEST** | [Conciliation/Contestation] |
| **CONTEST** | [RAPO/Contestation] |
| **COORD-PAG** | [PAG/Coordonnateur parcours] |
| **DECISION** | [Réponse/Décision] |
| **DEM-COMP** | [Dossier Demande Compensation/Demande de compensation] |
| **DEM-REV** | [Dossier Demande Révision/Demande de révision] |
| **DET-AHEH-I** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Aide Humaine aux élèves Handicapés-Individuelle/Détail prestation] |
| **DET-AHEH-M** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Aide Humaine aux élèves Handicapés-Mutualisée/Détail prestation] |
| **DET-CMI** | [Réponse/Décision/Droit prestation/CMI/Détail prestation] |
| **DET-ESRP** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Formation et insertion professionnelle - ESRP/Détail prestation] |
| **DET-ESMS** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(Orientation ESMS Enfant ou Orientation ESMS Adulte)/Détail prestation] |
| **DET-PCH1** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH1/Détail prestation] |
| **DET-PCH2-4** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(PCH2 ou PCH4)/Détail prestation] |
| **DET-PCH3** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH3/Détail prestation] |
| **DET-PROF** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Formation et insertion professionnelle (hors ESRP)/Détail prestation] |
| **DET-SCO** | [Réponse/Décision/Droit Prestation/Orientation scolaire/Détail prestation] |
| **DOS-COMP** | [Dossier Demande Compensation] |
| **DOS-REV** | [Dossier Demande Révision] |
| **DROIT** | [Réponse/Décision/Droit prestation] |
| **IDENTITE** | [Individu/Identité] |
| **INDIVIDU** | [Individu] |
| **INSTR** | [Conciliation/Instructeur référent] |
| **INSTR** | [Dossier Demande Compensation/Instructeur référent] |
| **INSTR** | [Dossier Demande Révision/Instructeur référent] |
| **INSTR** | [RAPO/Instructeur référent] |
| **M-TRAVAIL** | [Réponse/Décision/Droit prestation/Formation et insertion professionnelle – Orientation vers le marché du travail] |
| **NAT-PCH3** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH3/Détail prestation/Nature de l’aide] |
| **OR-ESMS** | [Réponse/Décision/Droit Prestation/(Orientation ESMS Enfant ou Orientation ESMS Adulte)] |
| **OR-SCO** | [Réponse/Décision/Droit Prestation/Orientation scolaire] |
| **ORG-PAY** | [Individu/Organisme payeur prestations familiales] |
| **PARENT** | [Individu/Parent] |
| **PCH1** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH1] |
| **PCH2-4** | [Réponse/Décision/Droit prestation/(PCH2 ou PCH4)] |
| **PCH3** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH3] |
| **PCH5** | [Réponse/Décision/Droit prestation/PCH5] |
| **P-COMPL** | [Dossier Demande Compensation/Pièce complémentaire pour évaluation] |
| **P-COMPL** | [Dossier Demande Révision/Pièce complémentaire pour évaluation] |
| **P-COMPL** | [RAPO/Pièce complémentaire pour évaluation] |
| **P-RECEV** | [Dossier Demande Compensation/Pièce de la recevabilité attendue] |
| **PROTEC** | [Individu/Mesure de protection] |
| **REF-PAG** | [PAG/Référent élaboration PAG] |
| **RQTH** | [Réponse/Décision/Droit prestation/RQTH] |
| **SOL-MISPE** | [Sollicitation de MISPE] |
| **STRUCT-COORD** | [PAG/Coordonnateur parcours/Structure de rattachement] |

* 1. Les conditions

Des conditions, rédigées en bleu (exemple : **SI [PCH1/montant journalier attribué] = 0**), permettent de préciser les cas pour lesquels certaines données ou portions de texte doivent apparaitre dans les courriers.

Les conditions sont composées des éléments suivants :

* Une conjonction :
* **SI** : introduit la condition ;
* **SINON** : spécifie l’action à effectuer dans le cas où la condition n’est pas respectée ;
* **ET** : spécifie que les deux conditions doivent être respectées ;
* **OU** : spécifie qu’une des conditions doit être respectée.
* Une comparaison entre un attribut et la valeur attendue, par exemple :

**[Dictionnaire de donnée/…/Attribut] = « valeur »**,

**[Dictionnaire de donnée/…/Attribut] > 0**,

**[Dictionnaire de donnée/…/Attribut] ≠ *non renseigné***,

…etc. ;

* Des crochets délimitant la zone d’action de la condition : **[ ]**

À noter : Par simplification, le OU est parfois utilisé directement entre 2 à N valeurs : la comparaison est alors de même nature entre l’attribut et chacune de ces valeurs.

À noter :

* Des conditions peuvent être imbriquées entre elles ;
* Les conditions peuvent être intégrées au sein d’une phrase.

|  |
| --- |
| **Exemple**  (1) **SI [DROIT/type de droit et prestation] = « PCH – élément 1 – Aide humaine »** **[**  Cette phrase n’est conditionnée que par la condition (1).  (2) **SI [PCH1/montant journalier attribué] = 0 ET [PCH1/montant mensuel attribué] ≠ 0 [**  Cette phrase est conditionnée par la condition (1) et la condition (2).  … |

Il est parfois utile de regrouper le traitement d’un ensemble de cas de même nature en un seul traitement « générique », dans l’objectif de limiter le nombre de blocs de traitement.

On fait alors référence à une structure commune à l’ensemble des cas et on suffixe l’attribut avec un astérisque. S’il n’y a pas de risque d’ambigüité, l’attribut peut éventuellement ne pas être un attribut de 1er niveau de la structure commune.

|  |
| --- |
| **Exemple de tests multiples de même nature**  **SI [AEEH** clôturé**/sans limitation de durée] = « Oui » [**  **La CDAPH met fin à votre droit à [AEEH** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [AEEH** clôturé**/date d’ouverture du droit] et sans limitation de durée. ]**  **] SINON [**  **La CDAPH met fin à votre droit à [AEEH** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable du [AEEH** clôturé**/date d’ouverture du droit] au** **[AEEH** clôturé**/date d’échéance du droit]]**.  **SI [AAH** clôturé**/sans limitation de durée] = « Oui » [**  **La CDAPH met fin à votre droit à [AAH** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [AAH** clôturé**/date d’ouverture du droit] et sans limitation de durée. ]**  **] SINON [**  **La CDAPH met fin à votre droit à [AAH** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable du [AAH** clôturé**/date d’ouverture du droit] au** **[AAH** clôturé**/date d’échéance du droit]]**.  **SI [ACTP** clôturé**/sans limitation de durée] = « Oui » [**  **La CDAPH met fin à votre droit à [ACTP** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [ACTP** clôturé**/date d’ouverture du droit] et sans limitation de durée. ]**  **] SINON [**  **La CDAPH met fin à votre droit à [ACTP** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable du [ACTP** clôturé**/date d’ouverture du droit] au** **[ACTP** clôturé**/date d’échéance du droit]]**.  …, etc.  **Exemple de simplification de ces tests**  **SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**  **La CDAPH met fin à votre droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] et sans limitation de durée.**  **] SINON [**  **La CDAPH met fin à votre droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. |

* 1. Code couleur

Un code couleur de surlignage a été défini dans le cadre du travail d’harmonisation des courriers afin d’identifier facilement les caractéristiques d’une phrase ou d’une donnée :

|  |  |
| --- | --- |
| *<Sans couleur>* | Élément statique du courrier |
| Vert | Élément variable défini dans les dictionnaires de données |
| Bleu | Élément variable défini dans les dictionnaires de données, mais non obligatoire |
| Rouge | Élément variable non défini dans les dictionnaires de données (non harmonisé) |
| Jaune | Élément relatif à la MDPH / au département (à adapter pour chaque MDPH / département) |
| Gris | Élément variable relatif à la date d’émission |
| Mauve | Élément variable relatif à l’identification des destinataires du courrier, construit à partir de données définies dans les dictionnaires de données (Cf. section 4) |

1. Quelques règles de construction des courriers

Rappelons, pour les souligner, ces quelques règles énoncées dans le document « *CNSA\_SI-MDPH\_TC\_Modèles de courriers* » :

* Faire **une notification par décision d'attribution**
* Faire **une notification unique regroupant plusieurs droits** dans les **cas spécifiques** suivants :
  + orientations scolaires,
  + orientations cible et alternative en ESMS,
  + AAH et complément de revenu,
  + AEEH et son complément.
* Faire **un courrier unique en cas de rejet pour irrecevabilité** (notifiant le rejet de chacune des demandes du dossier)
* **Écrire en majuscules la totalité du contenu de la zone d’adresse du destinataire** (nom, prénom et adresse complète)

Ajoutons à cela une règle de bon sens :

**Les données non renseignées ou les portions de courrier qui sont basées sur ces données ne doivent pas apparaitre dans les courriers** (les données non renseignées ne doivent pas donner lieu à l’insertion de valeurs telles que « non renseigné », « autre », …, etc., ni donner lieu à l’insertion de textes qui n’auraient pas de sens en l’absence de ces données).

1. Spécification des courriers harmonisés

* 1. Traitement de la demande de compensation
     1. L’accusé de réception

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Accusé de réception du dossier de demande pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH a bien reçu votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt] concernant votre enfant. **]**

**] SINON [**

La MDPH a bien reçu votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt]. **] ]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

La MDPH a bien reçu votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt]. **]**

**SI la MDPH souhaite préciser les demandes exprimées par l’usager [**

**SI le dossier comporte au moins une demande pour laquelle [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**

Votre demande concerne :

* [DEM-COMP/type de la demande 1]
* [DEM-COMP/type de la demande 2]
* [DEM-COMP/type de la demande N] **]**

**]**

**SI pour l’une des demandes du dossier [DEM-COMP/type de la demande] = « AVPF (Assurance vieillesse des parents au foyer) » ET le bénéficiaire est un mineur non émancipé [**

Votre demande d’affiliation à l’AVPF sera traitée par **SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [**votre organisme de prestations sociales (CAF ou MSA) **] SINON [[ORG-PAY/nom organisme]]**. Si votre enfant bénéficie de l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé (AEEH), vous n’avez pas de démarche à faire.

**]**

**SI un PAG est associé au dossier de demandes ET un évènement « Sollicitation de PAG » existe pour ce PAG [**

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**Vous avez contacté aussi la MDPH pour signaler vos difficultés et demander un plan d’accompagnement global (PAG).**

**] SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**Vous avez contacté aussi la MDPH pour signaler les difficultés de votre enfant et demander un plan d’accompagnement global (PAG).]**

**] SINON [**

**Vous avez contacté aussi la MDPH pour signaler des difficultés et demander un plan d’accompagnement global (PAG).]]**

**SI [DOS-COMP/statut] = « recevable » [**

**Vous avez envoyé toutes les pièces obligatoires pour une demande à la MDPH. Votre dossier est recevable en date du** [DOS-COMP/date de recevabilité]**.**

**La MDPH va commencer l’étude de votre demande.**

**SI un PAG est associé au dossier de demandes ET un évènement « Sollicitation de PAG » existe pour ce PAG [**

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

La MDPH va vous contacter pour mieux comprendre votre situation et vos difficultés et vous aider à trouver une solution.

**] SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH va vous contacter pour mieux comprendre la situation et les difficultés de votre enfant et vous aider à trouver une solution.**] SINON [**

La MDPH va vous contacter pour mieux comprendre la situation et les difficultés et vous aider à trouver une solution. **]]**

**]**

**]**

**SI il existe dans le dossier des demandes qui ne vérifient aucune des conditions suivantes :**

* **[DEM-COMP n/type de la demande] = « AVPF (Assurance vieillesse des parents au foyer) »  
  ET le bénéficiaire est un mineur non émancipé**
* **[DEM-COMP n/type de la demande] = « Allocation aux adultes handicapés et complément de ressources - Complément de ressources »  
  ET le bénéficiaire ne bénéficie pas d’un droit ouvert au CPR**

**[**

**SI [DOS-COMP/statut] = « en attente de pièces de la recevabilité » ET aucune pièce complémentaire pour l’évaluation n’est demandée [**

**Vous n’avez pas envoyé toutes les pièces obligatoires pour une demande à la MDPH. Votre dossier est irrecevable.**

**SI au moins deux pièces de la recevabilité n’ont pas été reçues [**

Vous devez envoyer les documents suivants pour que la MDPH traite votre demande : **] SINON [**

Vous devez envoyer le document suivant pour que la MDPH traite votre demande : **]**

* **SI la pièce de la recevabilité attendue 1 n’a pas été reçue [[P-RECEV 1/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue 2 n’a pas été reçue [[P-RECEV 2/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue N n’a pas été reçue [[P-RECEV N/nature]]**

**SI au moins deux pièces de la recevabilité n’ont pas été reçues [**

La MDPH pourra commencer l’étude de votre demande après avoir reçu ces documents.**] SINON [**

La MDPH pourra commencer l’étude de votre demande après avoir reçu ce document.**]**

**]**

**SI [P-COMPL [0..N]/nature] ≠ *non renseigné* ET au moins une de ces pièces n’a pas été reçue ET [DOS-COMP/statut] ≠ « en attente de pièces de la recevabilité » [**

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

Afin de préciser l’évaluation de votre situation, la MDPH a besoin des documents complémentaires suivants :**] SINON [**

Afin de préciser l’évaluation de votre situation, la MDPH a besoin du document complémentaire suivant : **]**

* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 1 n’a pas été reçue [[P-COMPL 1/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 2 n’a pas été reçue [[P-COMPL 2/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation N n’a pas été reçue [[P-COMPL N/nature]]**

**]**

**SI [DOS-COMP/statut] = « en attente de pièces de la recevabilité » ET au moins 1 pièce complémentaire est demandée [**

Vous devez envoyer les documents suivants pour que la MDPH traite votre demande :

* **SI la pièce de la recevabilité attendue 1 n’a pas été reçue [[P-RECEV 1/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue 2 n’a pas été reçue [[P-RECEV 2/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue N n’a pas été reçue [[P-RECEV N/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 1 n’a pas été reçue [[P-COMPL 1/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 2 n’a pas été reçue [[P-COMPL 2/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation N n’a pas été reçue [[P-COMPL N/nature]]**

**]**

**SI il manque des pièces [**

**SI au moins deux de ces pièces n’ont pas été reçues [**

**Vous devez envoyer ces documents à la MDPH avant le [date de réception attendue]****. SI manque au moins une pièce de la recevabilité [Sans réponse de votre part, votre demande sera rejetée.] SINON [**

**Vous devez envoyer ce document à la MDPH avant le [date de réception attendue]. SI manque au moins une pièce de la recevabilité [Sans réponse de votre part, votre demande sera rejetée. ]**

**]**

**SI [P-COMPL [0..N]/nature] = *non renseigné* ET [DOS-COMP/statut] = « recevable » [**

Si besoin, la MDPH pourra vous demander d’autres documents sur votre situation.**]**

**SI [DOS-COMP/statut] = « recevable » [**

**SI il existe dans le dossier [DEM-COMP/type de la demande] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » OU « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » OU « Carte mobilité inclusion, Mention priorité » [**

Vous recevrez **SI la MDPH souhaite afficher le délai de traitement [dans un délai de 4 mois] SINON [**ensuite**]** un courrier de la MDPH pour vous informer de la décision prise pour votre demande.**] SINON [**

Vous recevrez **SI la MDPH souhaite afficher le délai de traitement [dans un délai de 4 mois] SINON [**ensuite**]** un courrier de la MDPH pour vous informer de la décision prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour votre demande. **]**

**]**

**]**

**SI il existe dans le dossier [DEM-COMP/type de la demande] = « RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) » [**

Si vous êtes actuellement bénéficiaire de la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), cet accusé de réception de votre demande prolonge la durée de votre RQTH jusqu’à la décision de la Commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Vous pouvez présenter cet accusé de réception à votre employeur ou à tout organisme qui vous demande un justificatif.**]**

**SI il existe dans le dossier [DEM-COMP/type de la demande] = « Allocation aux adultes handicapés et complément de ressources - Complément de ressources » ET le bénéficiaire ne dispose pas d’un droit ouvert au CPR [**

Votre demande de complément de ressources ne peut être étudiée. En effet, en application de l'article 266 de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019, le complément de ressources est supprimé à compter du 1er décembre 2019. Cependant, la possibilité de disposer de la Majoration pour la Vie Autonome (MVA) dès lors que les conditions sont remplies sera étudiée de manière automatique sans formulation de demande de votre part par **SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [**votre organisme de prestations sociales (CAF ou MSA) **] SINON [**[ORG-PAY/nom organisme *(libellé court)*]**]** si vous bénéficiez de l'AAH.

**]**

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

L’absence de réponse de la MDPH dans un délai de 4 mois peut s’apparenter à une décision implicite de rejet de votre demande. À l’issue de ce délai, nous vous recommandons de contacter la MDPH pour vérifier où en est le traitement de votre demande.

Vous pourrez déposer un recours si vous n’avez pas obtenu de réponse à votre demande dans les 6 mois suivant la réception de ce courrier. Vous devrez fournir la copie de cet accusé de réception lors du dépôt de votre recours.

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

Votre avis est important pour nous. Vous pouvez répondre à l’enquête de satisfaction sur votre MDPH en vous connectant sur internet à l’adresse http://mamdph-monavis.fr/

* + 1. La demande de pièces complémentaires

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/date de naissance]   **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [**   * **Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Courrier de demande de pièces complémentaires suite à la demande pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [[**Civilité du Destinataire**] [**Nom du Destinataire**],]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH a réalisé une première analyse de la situation de votre enfant suite à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt].

**] SINON [**

La MDPH a réalisé une première analyse de la situation suite à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt].**]**

**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

La MDPH a réalisé une première analyse de votre situation suite à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt].

**]**

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

Afin de préciser l’évaluation de votre situation, la MDPH a besoin des documents complémentaires suivants : **]**

**] SINON [**

Afin de préciser l’évaluation de votre situation, la MDPH a besoin du document complémentaire suivant : **]**

* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 1 n’a pas été reçue [[P-COMPL 1/nature] ]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 2 n’a pas été reçue [[P-COMPL 2/nature] ]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation N n’a pas été reçue [[P-COMPL N/nature] ]**

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

**Vous devez envoyer ces documents à la MDPH avant le [date de réception attendue].**

**SI il existe dans le dossier [DEM-COMP/type de la demande] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » OU « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » OU « Carte mobilité inclusion, Mention priorité » [**

Après avoir envoyé ces documents, vous recevrez un courrier de la MDPH pour vous informer de la décision prise pour votre demande. **] SINON [**

Après avoir envoyé ces documents, vous recevrez un courrier de la MDPH pour vous informer de la décision prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour votre demande. **]**

**] SINON [**

**Vous devez envoyer ce document** **à la MDPH avant le [date de réception attendue].**

**SI il existe dans le dossier [DEM-COMP/type de la demande] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » OU « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » OU « Carte mobilité inclusion, Mention priorité » [**

Après avoir envoyé ce document, vous recevrez un courrier de la MDPH pour vous informer de la décision prise pour votre demande.**] SINON [**

Après avoir envoyé ce document, vous recevrez un courrier de la MDPH pour vous informer de la décision prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour votre demande.**]**

**]**

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

* + 1. La notification (hors CMI, scolarité et AVPF)

1. Début du courrier

**Notification** (hors CMI, scolarité, ESMS enfant & AVPF) **– Début courrier**

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [individu/individu/identité/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Notification de décision suite à la demande pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENT/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [[Civilité du Destinataire] [Nom du Destinataire],]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt] concernant votre enfant**.**

**] SINON [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt] **]**.

**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt].

**]**

**SI PPC envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

Vous avez reçu un plan personnalisé de compensation (PPC) rédigé par l’équipe pluridisciplinaire en charge de l’évaluation de votre demande.**]**

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre demande **SI PPC envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**et **SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**votrePPC**]** **SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**lePPC de votre enfant**]** **SINON [**lePPC**] ]** et a rendu sa décision le [DECISION/date de décision].

**SI [DECISION/type de décision] = « Rejet » ET le dernier statut du dossier de demande n’était pas « irrecevable » [**

**La CDAPH rejette votre demande** **SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP/Type de la demande]**]**.

**SI [DEM-COMP/Type de la demande] = « Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) et son complément » [**

Le taux d’incapacité de votre enfant est [taux d’incapacité évalué par la MDPH]. **]**

**SI [DEM-COMP/Type de la demande] = « Allocation aux adultes handicapés et complément de ressources – AAH » OU « Allocation aux adultes handicapés et complément de ressources – Complément de ressource » [**

Votre taux d’incapacité est [taux d’incapacité évalué par la MDPH]. **]**

[DECISION/motivation 1 à n]

**]**

**SI le dernier statut du dossier de demande était « irrecevable »** **[**

**La CDAPH rejette votre demande car votre dossier est irrecevable.**

**SI au moins deux pièces de la recevabilité n’ont pas été reçues [**

Vous n’avez pas envoyé les documents suivants :

**] SINON [**

Vous n’avez pas envoyé le document suivant :

* **SI la pièce de la recevabilité attendue 1 n’a pas été reçue [[P-RECEV 1/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue 2 n’a pas été reçue [[P-RECEV 2/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue N n’a pas été reçue [[P-RECEV N/nature]] ]**

**]**

**SI [DECISION/type de décision] = « Non-attribution supplémentaire » [**

**La CDAPH vous informe qu’aucun droit supplémentaire ne vous est attribué SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**suite à votre demande portant sur [DEM-COMP/Type de la demande]**]**.

**]**

**Si [DECISION/type de décision] = « Clôture de droit » [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**La CDAPH annule votre droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**La CDAPH met fin à votre droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**La CDAPH annule le droit de votre enfant à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**La CDAPH met fin au droit de votre enfant à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]]**

**Dans tous les autres cas [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**La CDAPH annule le droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**La CDAPH met fin au droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]]**

**]**

**SI [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] = « AEEH de base » OU « Complément 1 de l'AEEH » OU « Complément 2 de l'AEEH » OU « Complément 3 de l'AEEH » OU « Complément 4 de l'AEEH » OU « Complément 5 de l'AEEH » OU « Complément 6 de l'AEEH » [**

Le taux d’incapacité de votre enfant est [taux d’incapacité évalué par la MDPH]. **]**

**SI [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] = « AAH L.821-1 » OU « AAH L.821-2 » OU « CPR (Complément de ressources) » [**

Votre taux d’incapacité est [taux d’incapacité évalué par la MDPH]. **]**

[DECISION/motivation 1 à n]

**]**

**SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « AEEH de base » [**

**SI [AEEH-CPL/sans limitation de durée] = Oui [**

**La CDAPH vous attribue pour votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable à partir du **[DROIT/date d’ouverture du droit]**.

Ce droit vous est attribué jusqu’aux 20 ans de votre enfant tant que sa situation ne change pas. Si sa situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de la situation.

**] SINON [**

**La CDAPH vous attribue pour votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** au **[DROIT/date d’échéance du droit]**. **]**

**SI ([DROIT/type de droit et prestation] = « AAH L.821-1 » OU « ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) » OU « RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) » OU « Orientation professionnelle vers le marché du travail »)  
ET [DROIT/sans limitation de durée\*] = Oui [**

**La CDAPH vous attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable à partir du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** et **sans limitation de durée**.

Ce droit vous est attribué tant que votre situation ne change pas. Si votre situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de votre situation. **]**

**SI ([DROIT/type de droit et prestation] = autres cas [**

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH vous attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit]**

**] SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH attribue à votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit]**

**] SINON [**

**La CDAPH attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit] ]**

1. Détails PCH 1

**Détails PCH 1**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « PCH – élément 1 – Aide humaine » [**

**SI [PCH1/montant total attribué] = 0 ET [PCH1/montant mensuel attribué] ≠ 0 [**

Le **montant mensuel** qui vous est attribué est de **[PCH1/montant mensuel attribué]** €.

**SI [PCH1/déduction MTP/PCRTP]= « non » [**

Si vous bénéficiez de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) ou de la majoration pour tierce personne (MTP), ce montant mensuel sera modifié par le Conseil départemental pour en tenir compte. **]**

**]**

**SI [PCH1/montant mensuel attribué] = 0 ET [****PCH1/montant journalier attribué] ≠ 0 [**

Le **montant journalier** qui vous est attribué est de **[PCH1/montant journalier attribué]** €.

**SI [PCH1/déduction MTP/PCRTP]= « non » [**

Si vous bénéficiez de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PCRTP) ou de la majoration pour tierce personne (MTP), ce montant journalier sera modifié par le Conseil départemental pour en tenir compte. **]**

**]**

**SI il existe [DET-PCH1 n] ≠ *non renseigné* [**

Cette aide doit permettre la prise en charge des prestations suivantes :

**POUR chaque [DET-PCH1 n] [**

**SI [DET-PCH1 n/nature de l’aide] = « Actes essentiels de l’existence » [**

* **[DET-PCH1 n/nature de l’aide] SI il existe [DET-PCH1 n/précision de l’aide n] ≠ *non renseigné* [:]** [DET-PCH1 1/précision de l’aide 1], [DET-PCH1 1/précision de l’aide 2], [DET-PCH1 1/précision de l’aide N]

**] SINON [**

* **[DET-PCH1 n/nature de l’aide] ]**

**]**

**]**

**SI il existe [PCH1/Intervenant n] ≠ *non renseigné* [**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intervenant** | **Nombre d’heures** |
| **POUR chaque [PCH1/Intervenant n] [** | |
| [PCH1/Intervenant N/intervenant] | [PCH1/Intervenant N/Quantification] |

**]**

**]**

La somme du montant des prestations vous sera **donnée [PCH1/fréquence de versement].**

Les heures d’aide ne peuvent pas servir à financer du ménage ou du repassage.

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

Ces informations sont transmises au **Conseil départemental** qui est en charge du paiement de la PCH.

Vous recevrez prochainement un courrier du Conseil départemental à ce sujet.

Le Conseil départemental vous **demandera des justificatifs** pour calculer et payer la PCH.

Vous pouvez modifier les types d’intervenants et/ou la répartition des heures entre les intervenants en informant le Conseil départemental.

**]**

1. Détails PCH 2 – PCH 4

**Détails PCH 2 – PCH 4**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « PCH – élément 2 – Aides techniques » OU « PCH - élément 4 - Charges spécifiques » OU « PCH - élément 4 – Charges exceptionnelles » [**

Cette aide doit vous permettre d’acheter les matériels suivants :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code du produit** | **Produit** | **Descrip-tion du produit** | **Fournis-seur** | **Montant attribué** | **Modalité de paiement** | **Fréquence de versement** |
| **POUR chaque [DET-PCH2-4 n] [** | | | | | | |
| [DET-PCH2-4 n / référence de l’aide] | [DET-PCH2-4 n / descriptif de l’aide] | [DET-PCH2-4 n / description] | [DET-PCH2-4 n / fournisseur] | [DET-PCH2-4 n / montant attribué] € | [DET-PCH2-4 n / modalité de paiement] | [DET-PCH2-4 n / fréquence de versement] |

**]**

Pour information : le montant total qui vous est attribué s’élève à **[PCH2-4/montant total attribué] €**, ce qui correspond à un montant mensuel de **[PCH2-4/montant mensuel attribué] €**.

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

Ces informations sont transmises au **Conseil départemental** qui est en charge du paiement de la PCH.

Vous recevrez prochainement un courrier du Conseil départemental à ce sujet.

Le Conseil départemental vous **demandera des justificatifs** pour calculer et payer la PCH.

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « PCH – élément 2 – Aides techniques » [**

L'achat ou la location de matériel(s) doit être effectué dans un délai de 12 mois suivant la présente notification (article D245-54 du code de l'action sociale et des familles). **]**

**]**

1. Détails PCH 3 – Aménagement du logement

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « PCH – élément 3 – aménagement du logement » [**

**Détails PCH 3 – Aménagement du logement**

Cette aide doit vous permettre de mettre en place les aménagements suivants :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description de l’aména-gement** | **Type d’aména-gement** | **Précision** | **Fournisseur** | **Montant attribué** | **Modalité de paiement** | **Fréquence de versement** |
| **POUR chaque [DET-PCH3 n] [** | | | | | | |
| [DET-PCH3 n /description] | [NAT-PCH3 1 /nature] | [NAT-PCH3 1 /précision 1] | [DET-PCH3 n /fournisseur 1]  [DET-PCH3 n /fournisseur 2]  [DET-PCH3 n /fournisseur N] | [DET-PCH3 n/montant attribué] € | [DET-PCH3 n/modalité de paiement] | [DET-PCH3 n/fréquence de versement] |
| [NAT-PCH3 1 /précision 2] |
| [NAT-PCH3 1 /précision N] |
| [NAT-PCH3 2 /nature] | NAT-PCH3 2 /précision 1] |
| [NAT-PCH3 2 /précision 2] |
| [NAT-PCH3 2 /précision N] |
| [NAT-PCH3 N /nature] | [NAT-PCH3 N /précision 1] |
| [NAT-PCH3 N /précision 2] |
| [NAT-PCH3 N /précision N] |

**]**

Pour information : le montant total qui vous est attribué s’élève à **[PCH3/montant total attribué] €**, ce qui correspond à un montant mensuel de **[PCH3/montant mensuel attribué] €**.

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

Ces informations sont transmises au **Conseil départemental** qui est en charge du paiement de la PCH.

Vous recevrez prochainement un courrier du Conseil départemental à ce sujet.

Le Conseil départemental vous **demandera des justificatifs** pour calculer et payer la PCH.

L'aménagement du logement doit débuter, au plus tard, dans un délai de 12 mois suivant la présente notification et être achevé dans les 3 ans suivant cette notification (article D.245-55 du code de l’action sociale et des familles).

**]**

1. Détails PCH 3 – Aménagement du véhicule

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « PCH - élément 3 -Aménagement du véhicule » [**

**Détails PCH 3 – Aménagement du véhicule**

Cette aide doit vous permettre de mettre en place les aménagements suivants :

| **Description de l’aménagement** | **Type d’aména-gement** | **Précision** | **Fournisseur** | **Montant attribué** | **Modalité de paiement** | **Fréquence de versement** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **POUR chaque [DET-PCH3 n] [** | | | | | | |
| [DET-PCH3 n/description] | [NAT-PCH3 1 /nature] | [NAT-PCH3 1/ précision 1] | [DET-PCH3 n / fournisseur] | [DET-PCH3 n/montant attribué] € | [DET-PCH3 n/modalité de paiement] | [DET-PCH3 n/ fréquence de versement] |
| [NAT-PCH3 1/ précision 2] |
| [NAT-PCH3 1/ précision N] |
| [NAT-PCH3 2 /nature] | [NAT-PCH3 2/ précision 1] |
| [NAT-PCH3 2/ précision 2] |
| [NAT-PCH3 2/ précision N] |
| [NAT-PCH3 N /nature] | [NAT-PCH3 N/ précision 1] |
| [NAT-PCH3 N/ précision 2] |
| [NAT-PCH3 N/ précision N] |

**]**

Pour information : le montant total qui vous est attribué s’élève à **[PCH3/montant total attribué]** €, ce qui correspond à un montant mensuel de **[PCH3/montant mensuel attribué]** €.

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

Ces informations sont transmises au **Conseil départemental** qui est en charge du paiement de la PCH.

Vous recevrez prochainement un courrier du Conseil départemental à ce sujet.

Le Conseil départemental vous **demandera des justificatifs** pour calculer et payer la PCH.

L’aménagement du véhicule doit être effectué, au plus tard, dans un délai de 12 mois suivant la présente notification (article D.245-56 du code de l’action sociale et des familles).

**]**

1. Détails PCH 3 – Surcoût lié au transport

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « PCH – élément 3 – surcoût lié au transport » [**

**Détails PCH 3 – Surcoût lié au transport**

Cette aide doit vous permettre de mettre en place les aménagements suivants :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description de l’aménagement** | **Type d’aména-gement** | **Fournisseur** | **Montant attribué** | **Modalité de paiement** | **Fréquence de versement** |
| **POUR chaque [DET-PCH3 n] [** | | | | | |
| [DET-PCH3 n/ description] | [NAT-PCH3 1/nature] | [DET-PCH3 n/ fournisseur] | [DET-PCH3 n/montant attribué] € | [DET-PCH3 n/modalité de paiement] | [DET-PCH3 n/ fréquence de versement] |
| [NAT-PCH3 2/nature] |
| [NAT-PCH3 N/nature] |

**]**

Pour information : le montant total qui vous est attribué s’élève à **[PCH3/montant total attribué]** €, ce qui correspond à un montant mensuel de **[PCH3/montant mensuel attribué]** €.

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

Ces informations sont transmises au **Conseil départemental** qui est en charge du paiement de la PCH.

Vous recevrez prochainement un courrier du Conseil départemental à ce sujet.

Le Conseil départemental vous **demandera des justificatifs** pour calculer et payer la PCH.

**]**

1. Détails PCH 5

**Détails PCH 5**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « PCH - élément 5 -Aide animalière »** **[**

Le montant total qui vous est attribué s’élève à **[PCH5/montant total attribué]** €.

Ce montant vous sera donné **[PCH5/fréquence de versement]**.

Pour information : ce montant total correspond à un **montant mensuel de [PCH5/montant mensuel attribué]** €.

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

Ces informations sont transmises au **Conseil départemental** qui est en charge du paiement de la PCH.

Vous recevrez prochainement un courrier du Conseil départemental à ce sujet.

Le Conseil départemental vous **demandera des justificatifs** pour calculer et payer la PCH.

**]**

1. Détails RQTH

**Détails RQTH**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) »** **[**

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

La RQTH permet de bénéficier d’un soutien pour accéder à l’emploi ou pour vous maintenir dans votre emploi actuel.

La RQTH a pour objectifs :

* de vous faire bénéficier de dispositifs dédiés à l'insertion professionnelle (stages de réadaptation, de rééducation, contrat d'apprentissage...),
* de vous faire bénéficier de l'obligation d'emploi,
* de vous permettre d'accéder plus facilement à la Fonction publique, soit par concours aménagé, soit par recrutement contractuel spécifique,
* de vous faire bénéficier d'aménagement de vos horaires et poste de travail,
* de vous faire bénéficier de soutiens spécialisés pour la recherche d'emploi au sein, par exemple, des services du réseau Cap Emploi.

**]**

1. Détails ESMS adulte et PCPE

**Détails ESMS adulte & PCPE**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] =** **« Orientation vers un établissement d’accueil non médicalisé » OU « Orientation vers un établissement d’accueil médicalisé en tout ou partie » OU « Orientation vers un Maison d'accueil spécialisée (MAS) » OU « Orientation vers un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) » OU « Orientation vers un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) » OU « Orientation vers un autre établissement ou service médico-social Adultes » OU « Orientation vers un Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) » [**

**SI [DROIT/qualification] = « cible » [**

**SI [OR-ESMS/amendement Creton] = « Oui » [**

Cette décision de maintien dans un établissement pour enfants est rendue possible par la dérogation au titre de l’amendement Creton. **]**

**SI [DET-ESMS/précision de l'orientation] *≠ non renseigné* [**

Cette orientation concerne les **[DET-ESMS/précision de l'orientation].]**

**SI [OR-ESMS/temporalité accueil] = « Temporaire » OU « Séquentiel »**

**OU il existe [DET-ESMS/Modalité PEC n] ≠ *non renseigné* [**

Cette décision concerne une orientation **SI [OR-ESMS/temporalité accueil] = « Temporaire » [**en accueil **temporaire] SI [OR-ESMS/temporalité accueil] = « Séquentiel » [**en accueil **séquentiel] SI [DET-ESMS/Modalité PEC 1] ≠ *non renseigné* [**en **[DET-ESMS/Modalité PEC 1/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS/Modalité PEC 1/Quantification] ≠ *non renseigné* [ [DET-ESMS/Modalité PEC 1/Quantification]] SI [DET-ESMS/Modalité PEC 2] ≠ *non renseigné* [**, en **[DET-ESMS/Modalité PEC 2/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS/Modalité PEC 2/Quantification] ≠ *non renseigné* [** **[DET-ESMS/Modalité PEC 2/Quantification] ] SI [DET-ESMS/Modalité PEC N] ≠ *non renseigné* [**, en **[DET-ESMS/Modalité PEC *N*/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS/Modalité PEC *N*/Quantification] ≠ *non renseigné* [ [DET-ESMS/Modalité PEC *N*/Quantification] ]**.

**SI [OR-ESMS/temporalité accueil] = « Temporaire » [**

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

Vous pouvez bénéficier de 90 jours d’accueil temporaire par an.**] SINON [**

Il est possible de bénéficier de 90 jours d’accueil temporaire par an.**]**

**]**

**SI [DROIT/nature du droit] = « renouvellement » [**

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

Votre structure d'accueil actuelle est la suivante :**]**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La structure d'accueil actuelle de votre enfant est la suivante :**]**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé pour lequel aucun parent n’existe [**

La structure d'accueil actuelle est la suivante :**]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** | **Adresse** | 993747-200 | 993025-200 |
| [nom de l’établissement ou service accueillant effectivement l’usager] | [adresse de l’établissement ou service accueillant effectivement l’usager] | [téléphone de l’établissement ou service accueillant effectivement l’usager] | [courriel de l’établissement ou service accueillant effectivement l’usager] |

Si vous souhaitez changer de structure, vous pouvez prendre contact avec la MDPH pour obtenir une liste de structures semblables.

**] SINON [**

**SI il existe [DET-ESMS/établissement ou service désigné n] ≠ *non renseigné* [**

**SI au moins 2 établissements ou services désignés [**

Voici les structures que la CDAPH a désignées : **] SINON [**

Voici la structure que la CDAPH a désignée : **]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** | **Adresse** | 993747-200 | 993025-200 |
| **POUR chaque [DET-ESMS**/**établissement ou service désigné n] [** | | | |
| [DET-ESMS/ établissement ou service désigné n/nom] | [DET-ESMS/ établissement ou service désigné n/Adresse] | [DET-ESMS/ établissement ou service désigné n/téléphone] | [DET-ESMS/ établissement ou service désigné n/courriel] |

**]**

**SI au moins 2 établissements ou services désignés [**

**Vous devez prendre contact avec ces structures** pour mettre en place **SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**votre orientation**]** **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**l’orientation de votre enfant**] SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé pour lequel aucun parent n’existe [**l’orientation**]**.

**] SINON [**

**Vous devez prendre contact avec cette structure** pour mettre en place **SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**votre orientation**]** **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**l’orientation de votre enfant**] SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé pour lequel aucun parent n’existe [**l’orientation**]**. **]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] ≠ « Orientation vers un Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) » [**

Vous pouvez également contacter d’autres structures semblables.

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**Votre accompagnement**]** **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**L’accompagnement de votre enfant**]** **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé pour lequel aucun parent n’existe [**L’accompagnement**]** par une de ces structures sera réalisé **sous réserve de places disponibles**. **]**

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

**]**

**SI il existe ([DROITn** ESMS adulte alternative**/type de droit et prestation] = « Orientation vers un établissement d’accueil non médicalisé » OU « Orientation vers un établissement d’accueil médicalisé en tout ou partie » OU « Orientation vers un Maison d'accueil spécialisée (MAS) » OU « Orientation vers un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) » OU « Orientation vers un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) » OU « Orientation vers un autre établissement ou service médico-social Adultes » OU « Orientation vers un Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) ») ET [DROIT n** ESMS adulte alternative**/qualification] = « alternative » [**

**POUR chaque [DROIT n** ESMS adulte alternative**] [**

Si ces structures ne peuvent pas **SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**vous accueillir**]** **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**accueillir votre enfant**]** **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé pour lequel aucun parent n’existe [**mettre en place cet accueil**]** pour le moment, **la CDAPH SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [vous attribue aussi]** **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [attribue aussi à votre enfant] SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé pour lequel aucun parent n’existe [attribue] [DROIT** **n** ESMS adulte alternative**/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT n** ESMS adulte alternative**/date d’ouverture du droit] au [DROIT n** ESMS adulte alternative**/date d’échéance du droit].**

**SI [OR-ESMS/amendement Creton] = « Oui » [**

Cette décision de maintien dans un établissement pour enfants est rendue possible par la dérogation au titre de l’amendement Creton. **]**

**SI [DET-ESMS/précision de l'orientation] *≠ non renseigné* [**

Cette orientation concerne les **[DET-ESMS/précision de l'orientation]. ]**

**SI [OR-ESMS/temporalité accueil] = « Temporaire » OU « Séquentiel »  
OU il existe [DET-ESMS/Modalité PEC n] ≠ *non renseigné* [**

Cette décision concerne une orientation **SI [OR-ESMS/temporalité accueil] = « Temporaire » [**en accueil **temporaire] SI [OR-ESMS/temporalité accueil] = « Séquentiel » [**en accueil **séquentiel] SI [DET-ESMS/Modalité PEC 1] ≠ *non renseigné* [**en **[DET-ESMS/Modalité PEC 1/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS/Modalité PEC 1/Quantification] ≠ *non renseigné* [ [DET-ESMS/Modalité PEC 1/Quantification]] SI [DET-ESMS/Modalité PEC 2] ≠ *non renseigné* [**, en **[DET-ESMS/Modalité PEC 2/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS/Modalité PEC 2/Quantification] ≠ *non renseigné* [** **[DET-ESMS/Modalité PEC 2/Quantification] ] SI [DET-ESMS/Modalité PEC N] ≠ *non renseigné* [**, en **[DET-ESMS/Modalité PEC *N*/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS/Modalité PEC *N*/Quantification] ≠ *non renseigné* [ [DET-ESMS/Modalité PEC *N*/Quantification] ]**.

**SI [OR-ESMS/temporalité accueil] = « Temporaire » [**

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

Vous pouvez bénéficier de 90 jours d’accueil temporaire par an.**] SINON [**

Il est possible de bénéficier de 90 jours d’accueil temporaire par an.**]**

**]**

**SI il existe [DET-ESMS/établissement ou service désigné] ≠ *non renseigné* [**

**SI au moins 2 établissements ou services désignés [**

Voici les structures que la CDAPH a désignées : **] SINON [**

Voici la structure que la CDAPH a désignée : **]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** | **Adresse** | 993747-200 | 993025-200 |
| **POUR chaque [DET-ESMS**/**établissement ou service désigné n] [** | | | |
| [DET-ESMS/ établissement ou service désigné n/nom] | [DET-ESMS/ établissement ou service désigné n/Adresse] | [DET-ESMS/ établissement ou service désigné n/téléphone] | [DET-ESMS/ établissement ou service désigné n/courriel] |

**]**

**SI au moins 2 établissements ou services désignés [**

**Vous devez prendre contact avec ces structures** pour mettre en place **SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**votre orientation**]** **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**l’orientation de votre enfant**] SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé pour lequel aucun parent n’existe [**l’orientation**]**.

**] SINON [**

**Vous devez prendre contact avec cette structure** pour mettre en place **SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**votre orientation**]** **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**l’orientation de votre enfant**] SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé pour lequel aucun parent n’existe [**l’orientation**]**. **]**

Vous pouvez également contacter d’autres structures semblables.

**]**

**]**

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

**]**

**]**

**]**

1. Détails Formation et insertion professionnelle (hors ESRP)

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « Orientation en Etablissement ou service de pré-orientation (ESPO) » OU « Orientation vers l'unité d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS) » OU « Orientation professionnelle vers le marché du travail » OU « Orientation en Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT) » OU « Orientation vers un dispositif d'emploi accompagné » [**

**Détails Formation et insertion professionnelle (hors ESRP)**

**SI il existe [DET-PROF/Établissements ou dispositifs désignés] ≠ *non renseigné* [**

**SI au moins 2 établissements ou dispositifs désignés [**

Voici les structures que la CDAPH a désignées : **] SINON** **[**

Voici la structure que la CDAPH a désignée : **]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** | **Adresse** | D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png | D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png |
| **POUR chaque [DET-PROF/Etablissement ou dispositif désigné n] [** | | | |
| [DET-PROF/ Etablissement ou dispositif désigné n/ nom] | [DET-PROF/ Etablissement ou dispositif désigné n/ adresse] | [DET-PROF/ Etablissement ou dispositif désigné n /téléphone] | [DET-PROF/ Etablissement ou dispositif désigné n /courriel] |

**]**

**SI au moins 2 établissements ou dispositifs désignés [**

**Vous devez prendre contact avec ces structures** pour mettre en place cette orientation. **] SINON** **[**

**Vous devez prendre contact avec cette structure** pour mettre en place cette orientation. **]**

Vous pouvez également contacter d’autres structures semblables.

Votre accompagnement par une de ces structures sera réalisé **sous réserve de places disponibles**.

**]**

**SI [DET-PROF/période d’essai] = Oui ET [DET-PROF/durée période d’essai] = *non renseignée* [**

Une période d’essai vous sera proposée par l’ESAT à votre entrée dans l’établissement. **]**

**SI [DET-PROF/période d’essai] = Oui ET [DET-PROF/durée période d’essai] ≠ *non renseigné*e [**

Une période d’essai de [DET-PROF/durée période d’essai] mois vous sera proposée par l’ESAT à votre entrée dans l’établissement. **]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « Orientation vers un dispositif d'emploi accompagné » [**

Si vous occupez déjà un emploi, vous devez transmettre une copie de ce courrier à votre employeur. **]**

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

**]**

**]** *(FIN SI [DECISION/type de décision] = « Attribution »)*

1. Détails Aide insertion professionnelle

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « Aide à l'insertion professionnelle - Subvention d’installation »** **[**

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

**Détails Aide à l’insertion professionnelle**

**]**

1. Détails Orientation en ESRP

**Détails Orientation en ESRP**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « Orientation en Etablissement ou service de réadaptation professionnelle (ESRP) »** **[**

Voici les informations sur la formation qui vous est attribuée par la CDAPH :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formation** | **Structure de formation** | **Adresse** | 993747-200 | 993025-200 |
| **POUR chaque [DET-ESRP n] [** | | | | |
| [DET-ESRP n/ Formation] | [DET-ESRP n /ESRP désigné 1/nom] | [DET-ESRP n/ESRP désigné 1/ adresse] | [DET-ESRP n /ESRP désigné 1/ téléphone] | [DET-ESRP n /ESRP désigné 1/ courriel] |
| [DET-ESRP n /ESRP désigné 2/nom] | [DET-ESRP n/ESRP désigné 2/ adresse] | [DET-ESRP n /ESRP désigné 2/ téléphone] | [DET-ESRP n /ESRP désigné 2/ courriel] |
| [DET-ESRP n /ESRP désigné N/nom] | [DET-ESRP n/ESRP désigné N/ adresse] | [DET-ESRP n /ESRP désigné N/ téléphone] | [DET-ESRP n /ESRP désigné N/ courriel] |

**]**

**SI au moins 2 établissements ou dispositifs désignés [**

**Vous devez prendre contact avec ces structures** pour mettre en place cette orientation. **] SINON** **[**

**Vous devez prendre contact avec cette structure** pour mettre en place cette orientation. **]**

Vous pouvez également contacter d’autres structures semblables.

Votre accompagnement par une de ces structures sera réalisé **sous réserve de places disponibles**.

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

**]**

1. Détails AAH et CPR

**Détails AAH et CPR**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « AAH L.821-1 » OU « AAH L.821-2 » OU « CPR (Complément de ressources) » [**

**SI [DROIT/type de droit et prestation (1)] = « AAH L.821-1 » OU « AAH L.821-2 » ET [DROIT/type de droit et prestation (2)] = « CPR (Complément de ressources) » [**

**La CDAPH vous attribue aussi [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit]. ]**

**Votre taux d’incapacité est [AAH-CPR/taux incapacité]**.

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

**Ces informations sont transmises à SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [****l’organisme payeur** (caisse d'allocations familiales - CAF - ou mutualité sociale agricole - MSA -)**] SINON [[ORG-PAY/nom organisme]]** qui est en charge du paiement de votre droit.

**SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autres » OU *non renseigné* [L’organisme payeur** (CAF ou MSA) **] SINON [[ORG-PAY/nom organisme** *(libellé court)***]] doit vérifier que vous répondez aux conditions administratives.** Il pourra donc être amené à vous demander des éléments complémentaires si besoin.

**Si vous répondez à ces conditions, SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [l’organisme payeur] SINON [[ORG-PAY/nom organisme** *(libellé court)***]] calculera ensuite le montant qui vous sera attribué et déterminera la date de début de paiement.**

**SI il existe dans le dossier [DEM-COMP n/type de la demande] = « Allocation aux adultes handicapés et complément de ressources - Complément de ressources » ET le bénéficiaire ne dispose pas d’un droit ouvert au CPR [**

Votre demande de complément de ressources n’a pu être étudiée. En effet, en application de l'article 266 de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019, le complément de ressources est supprimé à compter du 1er décembre 2019. Cependant, la possibilité de disposer de la Majoration pour la Vie Autonome (MVA) dès lors que les conditions sont remplies sera étudiée de manière automatique sans formulation de demande de votre part par **SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [**votre organisme de prestations sociales (CAF ou MSA) **] SINON [**[ORG-PAY/nom organisme *(libellé court)*]**]**. **]**

**]**

**]**

**Détails ACTP et ACFP**

1. Détails ACTP et ACFP

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne) » OU « ACFP (Allocation compensatrice pour frais professionnels) »** **[**

La sujétion associée à cette décision est de **[ACTP-ACFP/Taux de sujétion].**

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

**Ces informations sont transmises au Conseil départemental** qui est en charge du paiement de votre droit.

**Le Conseil départemental doit calculer le montant qui vous sera attribué.**

Vous recevrez prochainement un courrier du Conseil départemental.

**]**

1. Détail AEEH et ses compléments

**Détails AEEH et ses compléments**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « AEEH » OU « Complément 1 » OU « Complément 2 » OU « Complément 3 » OU « Complément 4 » OU « Complément 5 » OU « Complément 6 » [**

**AEEH attribuée seule :**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « AEEH de base » ET [AEEH-CPL/fréquence de versement] *≠ non renseigné* [**

Le montant de l’AEEH vous sera **donné [AEEH-CPL/fréquence de versement].**

**Le taux d’incapacité de votre enfant est [AEEH-CPL/taux incapacité]**.

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

**]**

**Complément attribué seul :**

**SI ([DROIT/type de droit et prestation] = « Complément 1 » OU « Complément 2 » OU « Complément 3 » OU « Complément 4 » OU « Complément 5 » OU « Complément 6 ») ET [AEEH-CPL/fréquence de versement] ≠ *non renseigné* [**

Le montant du complément de l’AEEH vous sera **donné [Réponse/AEEH & Cplts/fréquence de versement].**

[DECISION concernant le complément à l’AEEH 1/motivation 1 à n]

[DECISION concernant le complément à l’AEEH 1/précision 1 à n]

**SI 2 compléments d’AEEH attribués au même moment [**

**La CDAPH vous attribue aussi pour votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit].**

**SI [AEEH-CPL/fréquence de versement] *≠ non renseigné* [**

Le montant du complément de l’AEEH vous sera **donné [AEEH-CPL/fréquence de versement]. ]**

[DECISION concernant le complément à l’AEEH 2/motivation 1 à n]

[DECISION concernant le complément à l’AEEH 2/précision 1 à n]

**]**

**]**

**AEEH et Complément(s) attribués en même temps :**

**SI [DROIT/type de droit et prestation (1)] = « AEEH » ET [DROIT/type de droit et prestation (2)] = « Complément 1 » OU « Complément 2 » OU « Complément 3 » OU « Complément 4 » OU « Complément 5 » OU « Complément 6 »** **[**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « AEEH » ET SI [AEEH-CPL/fréquence de versement] *≠ non renseigné* [**

Le montant de l’AEEH vous sera **donné [AEEH-CPL/fréquence de versement].]**

**Le taux d’incapacité de votre enfant est [AEEH-CPL/taux incapacité]**.

[DECISION concernant l’AEEH /motivation 1 à n]

[DECISION concernant l’AEEH /précision 1 à n]

**La CDAPH vous attribue aussi pour votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit].**

**SI [AEEH-CPL/fréquence de versement] *≠ non renseigné* [**

Le montant du complément de l’AEEH vous sera **donné [AEEH-CPL/fréquence de versement].]**

[DECISION concernant le complément à l’AEEH 1/motivation 1 à n]

[DECISION concernant le complément à l’AEEH 1/précision 1 à n]

**SI 2 compléments d’AEEH attribués au même moment [**

**La CDAPH vous attribue aussi pour votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit].**

**SI [AEEH-CPL/fréquence de versement] *≠ non renseigné* [**

Le montant du complément de l’AEEH vous sera **donné [AEEH-CPL/fréquence de versement].]**

[DECISION concernant le complément à l’AEEH 2/motivation 1 à n]

[DECISION concernant le complément à l’AEEH 2/précision 1 à n]

**]**

**]**

**Ces informations sont transmises à SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [l’organisme payeur** (caisse d'allocations familiales - CAF - ou mutualité sociale agricole - MSA -)**] SINON [****[ORG-PAY/nom organisme]]** qui est en charge du paiement de votre droit.

**SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autres » OU *non renseigné* [L’organisme payeur** (CAF ou MSA) **] SINON [[ORG-PAY/nom organisme** *(libellé court)***]] doit vérifier que vous répondez aux conditions administratives.** Il pourra donc être amené à vous demander des éléments complémentaires si besoin.

**Si vous répondez à ces conditions, SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [l’organisme payeur] SINON [[ORG-PAY/nom organisme** *(libellé court)***]] calculera ensuite le montant qui vous sera attribué tant que ces conditions restent vérifiées.**

**]**

1. Fin du courrier

**]** *(FIN SI [DECISION/type de décision] = « Attribution »)*

**SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » ET SI [DEM-COMP/statut] = « décidée » [**

La décision de la CDAPH du **[DECISION/date de décision]** termine le traitement de votre demande portant sur [DEM-COMP/type de la demande]. **]**

**SI [DEM-COMP/type de la demande] = « Demande générique » ET SI [DEM-COMP/statut] = « décidée » ET SI [DOS-COMP/statut] = « décidé »** **[**

La décision de la CDAPH du **[Réponse/Décision/date de décision]** termine le traitement de votre demande.**]**

**Notification** (hors CMI, scolarité, ESMS enfant & AVPF) **– Fin courrier**

**SI [DOS-COMP/statut] ≠ « décidé »** **[**

Une prochaine réunion de la CDAPH permettra d’examiner le reste de votre demande.**]**

Vous pouvez contester cette décision de la CDAPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

[Prénom président CDAPH][Nom président CDAPH], Président de la CDAPH

[Signature président CDAPH]

**SI [DECISION/Type décision] = « Attribution » ET SI [DROIT/type de droit et prestation] = « AAH L.821-1 » OU « AAH L.821-2 » [**

La décision d’attribution de l’AAH ouvre aux personnes en emploi ou en recherche d’emploi le bénéfice de l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés (article L5212-13 du code du travail) et peut servir d’attestation à ce titre, sans qu'il soit nécessaire d'accomplir une démarche supplémentaire de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.**]**

**SI aucun droit n’a été attribué dans le cadre d’un PAG [**

Conformément à l’article L. 114-1-1 du Code de l’action sociale et des familles, vous avez la possibilité de solliciter un plan d’accompagnement global auprès de la MDPH si l’orientation prévue par la décision de la CDAPH ne peut pas être mise en œuvre.**]**

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision de la CDAPH, vous pouvez :** | |
| **Soit, faire une demande de conciliation** | |
| **Pourquoi ?** | Vous souhaitez donner plus d’informations sur votre situation et **avoir plus d’explications sur la décision** prise par la CDAPH. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH  Le Directeur de la **MDPH désigne une personne indépendante** chargée de la conciliation. |
| **Quand ?** | Dans les 2 mois après réception de la décision par la MDPH. |
| **À savoir** | La personne indépendante chargée de la conciliation va rédiger un rapport à la fin de la conciliation.  A réception du rapport de conciliation, si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision, vous avez la possibilité de faire un recours administratif.  La procédure de conciliation suspend le délai de recours. |
| **Soit, faire un recours administratif** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes pas d’accord avec la décision et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par la CDAPH**. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH.  La juridiction administrative peut également être saisie de façon dématérialisée par l'application « Télérecours citoyens », accessible par le site internet www.telerecours.fr. |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception du courrier de la MDPH.** |
| **À savoir** | Vous devez **joindre à votre recours administratif une copie de la décision de la CDAPH que vous souhaitez contester** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles.  Si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision de la CDAPH après le recours administratif, vous pouvez faire un recours contentieux dans un délai de 2 mois.  À noter que l’absence de réponse à votre recours administratif dans un délai de 2 mois vaut rejet. Cette décision implicite de rejet est également susceptible de recours contentieux.  **Ce recours administratif est dit Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) car il précède obligatoirement le** **recours contentieux.**  Si vous voulez faire un recours contentieux, vous devez remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par la CDAPH à la suite du recours administratif ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. Dans le cas où aucune décision n’a été prise par la CDAPH dans un délai de 2 mois après votre recours administratif, vous devez joindre l'accusé de réception par la MDPH de votre recours administratif.  Selon le type de droits et prestations demandé, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif** pour : RQTH, orientation professionnelle   → [Adresse TA]   * au **Tribunal Judiciaire** pour : AAH et CPR, AEEH et ses compléments, ACTP / ACFP, assurance vieillesse des parents au foyer, PCH, mesures relatives à la scolarisation de l’élève handicapé, orientation en établissements et services médico-sociaux :   → [Adresse TJ] |

* + 1. La notification concernant la scolarité et l’orientation ESMS enfant

1. Début du courrier

**Notification scolarité & ESMS enfant – Début courrier**

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/date de naissance]   **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [**   * **Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR]**] ]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Notification de décision suite à la demande pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur,**] SINON [[Civilité du Destinataire] [Nom du Destinataire],]**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt] concernant votre enfant.

**] SINON [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt] **]**.

**SI PPS envoyé ET SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

Vous avez reçu un projet personnalisé de scolarisation (PPS) rédigé par l’équipe pluridisciplinaire en charge de l’évaluation de votre demande. **]**

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre demande **SI PPS envoyé ET SI [DECISION/type de décision] = « Attribution** » **[**et **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**le PPS de votre enfant**] SINON [**le PPS**]** et a rendu sa décision le [DECISION/date de décision].

**SI [DECISION/type de décision] = « Rejet » ET SI le dernier statut du dossier de demande n’était pas « irrecevable » [**

**La CDAPH rejette votre demande** portant sur un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

[DECISION/motivation 1 à n]

**]**

**SI le dernier statut du dossier de demande était « irrecevable »** **[**

**La CDAPH rejette votre demande car votre dossier est irrecevable.**

**SI au moins deux pièces de la recevabilité n’ont pas été reçues [**

Vous n’avez pas envoyé les documents suivants :

**] SINON [**

Vous n’avez pas envoyé le document suivant : **]**

* **SI la pièce de la recevabilité attendue 1 n’a pas été reçue [[P-RECEV 1/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue 2 n’a pas été reçue [[P-RECEV 2/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue N n’a pas été reçue [[P-RECEV n/nature]]**

**]**

**SI [DECISION/type de décision] = « Non-attribution supplémentaire » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH vous informe qu’aucun droit supplémentaire n’est attribué à votre enfant SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**suite à votre demande portant sur [DEM-COMP/Type de la demande]**] SINON [**

**La CDAPH vous informe qu’aucun droit supplémentaire n’est attribué SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**suite à votre demande portant sur [DEM-COMP/Type de la demande].**]**

**]**

**SI il existe [DECISION n/type de décision] = « Attribution** » **[**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La CDAPH attribue à votre enfant: **] SINON [**

La CDAPH attribue : **]**

1. Partie attribution

**Les droits attribués doivent apparaitre dans l’ordre présenté ci-dessous (à savoir : orientations scolaires cibles, orientations scolaires alternatives, aide humaine mutualisée, aide humaine individuelle, matériel pédagogique adapté, orientations ESMS cibles, orientations ESMS alternatives)**

**Notification scolarité & ESMS enfant – Attribution**

**SI il existe ([DROIT n** orientation scolaire cible**/type de droit et prestation] = « Orientation en enseignement ordinaire » OU « Maintien en maternelle » OU « Orientation en Enseignement adapté (SEGPA/EREA) » OU « Orientation en Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) » OU « Orientation en Dispositif LSF / LPC » OU « Orientation en Unité d'enseignement » OU « Orientation vers une Scolarisation en milieu ordinaire à temps partagé (UE et établissement scolaire) » OU « Orientation vers une Unité d'enseignement et une scolarisation en ULIS à temps partagé » OU « Orientation vers un Pôle d'enseignement jeune sourd (PEJS) » ET [DROIT n** orientation scolaire cible**/qualification] = « cible » [**

* **[DROIT n** orientation scolaire cible**/type de droit et prestation] SI [DROIT n** **orientation scolaire cible/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT n orientation scolaire cible/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT n** orientation scolaire cible**/date d’ouverture du droit] au [DROIT n** orientation scolaire cible**/date d’échéance du droit].**

[DECISION n orientation scolaire cible/motivation 1 à n]

[DECISION n orientation scolaire cible/précision 1 à n] **]**

**SI il existe ([DROIT n** orientation scolaire alternative**/type de droit et prestation] = « Orientation en enseignement ordinaire » OU « Maintien en maternelle » OU « Orientation en Enseignement adapté (SEGPA/EREA) » OU « Orientation en Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) » OU « Orientation en Dispositif LSF / LPC » OU « Orientation en Unité d'enseignement » OU « Orientation vers une Scolarisation en milieu ordinaire à temps partagé (UE et établissement scolaire) » OU « Orientation vers une Unité d'enseignement et une scolarisation en ULIS à temps partagé » OU « Orientation vers un Pôle d'enseignement jeune sourd (PEJS) » ET [DROIT n** orientation scolaire alternative**/qualification] = « alternative » [**

* Dans le cas où les structures envisagées ne peuvent pas accueillir votre enfant pour le moment, **[DROIT n** orientation scolaire alternative**/type de droit et prestation] SI [DROIT n** **orientation scolaire alternative/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT n orientation scolaire alternative/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT n** orientation scolaire alternative**/date d’ouverture du droit] au [DROIT n** orientation scolaire alternative**/date d’échéance du droit].**

[DECISION n orientation scolaire alternative/motivation 1 à n]

[DECISION n orientation scolaire alternative/précision 1 à n] **]**

**SI il existe [DROIT** AHEH mutualisée**/type de droit et prestation] = « Aide humaine aux élèves handicapés - Mutualisée » [**

* **[DROIT** AHEH mutualisée**/type de droit et prestation] SI [DROIT** AHEH mutualisée**/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** AHEH mutualisée**/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT** AHEH mutualisée**/date d’ouverture du droit] au [DROIT** AHEH mutualisée**/date d’échéance du droit].**

[DECISION AHEH mutualisée/motivation 1 à n]

[DECISION AHEH mutualisée/précision 1 à n] **]**

**SI il existe [DROIT** AHEH individuelle**/type de droit et prestation] = « Aide humaine aux élèves handicapés – Individuelle » [**

* **[DROIT** AHEH individuelle**/type de droit et prestation] SI [DROIT** AHEH individuelle**/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** AHEH individuelle**/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT** AHEH individuelle**/date d’ouverture du droit] au [DROIT** AHEH individuelle**/date d’échéance du droit].**

[DECISION AHEH individuelle/motivation 1 à n]

[DECISION AHEH individuelle/précision 1 à n] **]**

**SI il existe [DROIT** matériel**/type de droit et prestation] = « Matériel pédagogique adapté » [**

* **[DROIT** matériel**/type de droit et prestation] SI [DROIT matériel/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT matériel/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT** matériel**/date d’ouverture du droit] au [DROIT** matériel**/date d’échéance du droit].**

[DECISION matériel/motivation 1 à n]

[DECISION matériel/précision 1 à n] **]**

**SI il existe ([DROIT n** ESMS enfant cible**/type de droit et prestation] = « Orientation vers un Institut médico-éducatif (IME) » OU « Orientation vers un Institut d'éducation motrice (IEM) » OU « Orientation vers un institut pour déficients auditifs » OU « Orientation vers un institut pour déficients visuels » OU « Orientation vers un établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés» OU « Orientation vers un Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) » OU « Orientation vers le dispositif ITEP » OU « Orientation vers un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) » OU « Orientation vers un Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP) » OU « Orientation vers un Service de soutien à l'éducation familiale et à la scolarisation (SSEFIS) » OU « Orientation vers un Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à la scolarisation (SAAAIS) » OU « Orientation vers Service de soins et d'aide à domicile (SSAD) » OU « Orientation vers un Institut d'éducation sensorielle (IES) » OU « Orientation vers un autre établissement ou service médico-social Enfants ») ET [DROIT n** ESMS enfant cible**/qualification] = « cible » [**

**POUR chaque [DROIT n** ESMS enfant cible**] [**

* **[DROIT n** ESMS enfant cible**/type de droit et prestation] SI [DROIT n** ESMS enfant cible**/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT n** ESMS enfant cible**/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT n** ESMS enfant cible**/date d’ouverture du droit] au [DROIT n** ESMS enfant cible**/date d’échéance du droit].**

**SI [DROIT n** ESMS enfant cible**/type de droit et prestation] = « Orientation vers le dispositif ITEP »** **[**

**L’entrée de votre enfant dans le dispositif ITEP se fera en [DET-ESMS/mode entrée DITEP]**. **]**

[DECISION n ESMS enfant cible/motivation 1 à n]

[DECISION n ESMS enfant cible/précision 1 à n] **] ]**

**SI il existe ([DROIT n** ESMS enfant alternative **/type de droit et prestation] = « Orientation vers un Institut médico-éducatif (IME) » OU « Orientation vers un Institut d'éducation motrice (IEM) » OU « Orientation vers un institut pour déficients auditifs » OU « Orientation vers un institut pour déficients visuels » OU « Orientation vers un établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés» OU « Orientation vers un Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) » OU « Orientation vers le dispositif ITEP » OU « Orientation vers un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) » OU « Orientation vers un Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP) » OU « Orientation vers un Service de soutien à l'éducation familiale et à la scolarisation (SSEFIS) » OU « Orientation vers un Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à la scolarisation (SAAAIS) » OU « Orientation vers Service de soins et d'aide à domicile (SSAD) » OU « Orientation vers un Institut d'éducation sensorielle (IES) » OU « Orientation vers un autre établissement ou service médico-social Enfants ») ET [DROIT n** ESMS enfant alternative**/qualification] = « alternative » [**

**POUR chaque [DROIT n** ESMS enfant alternative**] [**

* Dans le cas où les structures envisagées ne peuvent pas accueillir votre enfant pour le moment, **[DROIT n** ESMS enfant alternative**/type de droit et prestation] SI [DROIT n** ESMS enfant alternative**/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT n** ESMS enfant alternative**/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT n** ESMS enfant alternative**/date d’ouverture du droit] au [DROIT n** ESMS enfant alternative**/date d’échéance du droit].**

**SI [DROIT n** ESMS enfant alternative**/type de droit et prestation] = « Orientation vers le dispositif ITEP »** **[**

**L’entrée de votre enfant dans le dispositif ITEP se fera en [DET-ESMS/mode entrée DITEP]**. **]**

[DECISION n ESMS enfant alternative/motivation 1 à n]

[DECISION n ESMS enfant alternative/précision 1 à n] **] ]**

**SI (il existe [DECISION n** orientation scolaire**]** *(voir périmètre orientation scolaire supra)***)**

**ET ([OR-SCO/temporalité accueil] = « Temporaire » OU [DET-SCO] ≠ non renseigné) [**

Détail concernant [DROIT orientation scolaire/type de droit et prestation] :

Cette décision concerne une orientation **SI [DET-SCO/précision de l’orientation] ≠ *non renseigné* [**[**DET-SCO/précision de l’orientation**]**]** **SI [DET-SCO/temporalité accueil] = « Temporaire » [**en accueil **temporaire] SI [DET-SCO/établissement scolaire] ≠ *non renseigné*** **[**dans l’établissement : **[DET-SCO/établissement scolaire]] SI [DET-SCO/****Quantification] ≠ *non renseigné* [ [DET-SCO/ Quantification]]**.

**SI il existe [DROIT** AHEH mutualisée**/type de droit et prestation] = « Aide humaine aux élèves handicapés – Mutualisée »** **[**

Détail concernant l’aide humaine aux élèves handicapés mutualisée :

Les prestations qui seront prises en charge **SI [Établissement scolaire fréquenté] ≠ *non renseigné* [**au sein de l’établissement scolaire **[Établissement scolaire fréquenté]]** sont les suivantes :

**POUR chaque [DET-AHEH-M n] [**

* **[DET-AHEH-M n/nature de l’aide] ]**

**]**

**SI il existe [DROIT** AHEH individuelle**/type de droit et prestation] = « Aide humaine aux élèves handicapés – Individuelle »** **[**

Détail concernant l’aide humaine aux élèves handicapés individuelle :

Les prestations qui seront prises en charge **SI [Établissement scolaire fréquenté] ≠ *non renseigné* [**au sein de l’établissement scolaire **[Établissement scolaire fréquenté]]** sont les suivantes :

**POUR chaque [DET-AHEH-I n] [**

* **[DET-AHEH-I n/nature de l’aide] ]**

**SI [AHEH-I/Quantification] ≠ *non renseigné* [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Le temps d’accompagnement qui est attribué à votre enfant est le suivant : [AHEH-I/Quantification]. **] SINON [**

Le temps d’accompagnement qui est attribué est le suivant : [AHEH-I/Quantification]. **] ]**

**]**

**SI il existe [DROIT** matériel**/type de droit et prestation] = « Matériel pédagogique adapté »** **[**

Détail concernant le matériel pédagogique adapté :

Le matériel pédagogique adapté qui est attribué est :

**POUR chaque [DET-MAT n] [**

* **[DET-MAT n/nature du matériel]  
  SI [DET-MAT n/précision] ≠ *non renseigné* [[DET-MAT n/précision]] ]**

**]**

**SI (il existe [DECISION n** ESMS enfant cible**]** *(voir périmètre ESMS enfant supra)***)**

**ET (([OR-ESMS n/temporalité accueil] = « Temporaire » OU « Séquentiel ») OU [DET-ESMS n] ≠ non renseigné) ET [DROIT n** ESMS enfant cible**/qualification] = « cible » [**

**POUR chaque [DROIT n** ESMS enfant cible**] [**

Détail concernant [DROIT n ESMS enfant cible/type de droit et prestation] :

**SI [OR-ESMS n/amendement Creton] = « Oui » [**

Cette décision de maintien dans un établissement pour enfants est rendue possible par la dérogation au titre de l’amendement Creton. **]**

**SI [DET-ESMS n/précision de l'orientation] *≠ non renseigné* [**

Cette orientation concerne les **[DET-ESMS n/précision de l'orientation].]**

**SI [OR-ESMS n/temporalité accueil] = « Temporaire » OU « Séquentiel »**

**OU il existe [DET-ESMS n/Modalité PEC n] ≠ *non renseigné* [**

Cette décision concerne une orientation **SI [OR-ESMS n/temporalité accueil] = « Temporaire » [**en accueil **temporaire] SI [OR-ESMS n/temporalité accueil] = « Séquentiel » [**en accueil **séquentiel] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC 1] ≠ *non renseigné* [**en **[DET-ESMS n/Modalité PEC 1/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC 1/Quantification] ≠ *non renseigné* [ [DET-ESMS n/Modalité PEC 1/Quantification]] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC 2] ≠ *non renseigné* [**, en **[DET-ESMS n/Modalité PEC 2/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC 2/Quantification] ≠ *non renseigné* [** **[DET-ESMS n/Modalité PEC 2/Quantification] ] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC N] ≠ *non renseigné* [**, en **[DET-ESMS n/Modalité PEC *N*/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC *N*/Quantification] ≠ *non renseigné* [ [DET-ESMS n/Modalité PEC *N*/Quantification] ]**. **]**

**SI [OR-ESMS n/temporalité accueil] = « Temporaire » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Votre enfant peut bénéficier de 90 jours d’accueil temporaire par an.**] SINON [**

Il est possible de bénéficier de 90 jours d’accueil temporaire par an.**]**

**SI [DROIT n/nature du droit] = « renouvellement » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La structure d'accueil actuelle de votre enfant est la suivante :**] SINON [**

La structure d'accueil actuelle est la suivante :**]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** | **Adresse** | 993747-200 | 993025-200 |
| [nom de l’établissement ou service accueillant effectivement l’usager] | [adresse de l’établissement ou service accueillant effectivement l’usager] | [téléphone de l’établissement ou service accueillant effectivement l’usager] | [courriel de l’établissement ou service accueillant effectivement l’usager] |

Si vous souhaitez changer de structure, vous pouvez prendre contact avec la MDPH pour obtenir une liste de structures semblables.

**] SINON [**

**SI il existe [DET-ESMS n/établissement ou service désigné] ≠ *non renseigné* [**

**SI au moins 2 établissements ou services désignés [**

Voici les structures que la CDAPH a désignées : **] SINON [**

Voici la structure que la CDAPH a désignée : **]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** | **Adresse** | 993747-200 | 993025-200 |
| **POUR chaque [DET-ESMS n/établissement ou service désigné] [** | | | |
| [DET-ESMS n/ établissement ou service désigné n/nom] | [DET-ESMS n/ établissement ou service désigné n/Adresse] | [DET-ESMS n/ établissement ou service désigné n/téléphone] | [DET-ESMS n/ établissement ou service désigné n/courriel] |

**]**

**SI au moins 2 établissements ou services désignés [**

**Vous devez prendre contact avec ces structures** pour mettre en place **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**l’orientation de votre enfant**] SINON [**l’orientation**]**.

**] SINON [**

**Vous devez prendre contact avec cette structure** pour mettre en place **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**l’orientation de votre enfant**] SINON [**l’orientation**]**. **]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] ≠ « Orientation vers un Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) » [**

Vous pouvez également contacter d’autres structures semblables. **]**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**L’accompagnement de votre enfant**]** **SINON [**L’accompagnement**]** par une de ces structures sera réalisé **sous réserve de places disponibles**.

**]**

**]**

**]**

**SI (il existe [DECISION n** ESMS enfant alternative**]** *(voir périmètre ESMS enfant supra)***)**

**ET (([OR-ESMS n/temporalité accueil] = « Temporaire » OU « Séquentiel ») OU [DET-ESMS n] ≠ non renseigné) ET [DROIT n** ESMS enfant alternative**/qualification] = « cible » [**

**POUR chaque [DROIT n** ESMS enfant alternative**] [**

Détail concernant [DROIT n ESMS enfant cible/type de droit et prestation] :

**SI [OR-ESMS n/amendement Creton] = « Oui » [**

Cette décision de maintien dans un établissement pour enfants est rendue possible par la dérogation au titre de l’amendement Creton. **]**

**SI [DET-ESMS n/précision de l'orientation] *≠ non renseigné* [**

Cette orientation concerne les **[DET-ESMS n/précision de l'orientation].]**

**SI [OR-ESMS n/temporalité accueil] = « Temporaire » OU « Séquentiel »**

**OU il existe [DET-ESMS n/Modalité PEC n] ≠ *non renseigné* [**

Cette décision concerne une orientation **SI [OR-ESMS n/temporalité accueil] = « Temporaire » [**en accueil **temporaire] SI [OR-ESMS n/temporalité accueil] = « Séquentiel » [**en accueil **séquentiel] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC 1] ≠ *non renseigné* [**en **[DET-ESMS n/Modalité PEC 1/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC 1/Quantification] ≠ *non renseigné* [ [DET-ESMS n/Modalité PEC 1/Quantification]] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC 2] ≠ *non renseigné* [**, en **[DET-ESMS n/Modalité PEC 2/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC 2/Quantification] ≠ *non renseigné* [** **[DET-ESMS n/Modalité PEC 2/Quantification] ] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC N] ≠ *non renseigné* [**, en **[DET-ESMS n/Modalité PEC *N*/mode de prise en charge] ] SI [DET-ESMS n/Modalité PEC *N*/Quantification] ≠ *non renseigné* [ [DET-ESMS n/Modalité PEC *N*/Quantification] ]**.

**SI [OR-ESMS n/temporalité accueil] = « Temporaire » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Votre enfant peut bénéficier de 90 jours d’accueil temporaire par an.**] SINON [**

Il est possible de bénéficier de 90 jours d’accueil temporaire par an.**]**

**]**

**SI il existe [DET-ESMS n/établissement ou service désigné] ≠ *non renseigné* [**

**SI au moins 2 établissements ou services désignés [**

Voici les structures que la CDAPH a désignées : **] SINON [**

Voici la structure que la CDAPH a désignée : **]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** | **Adresse** | 993747-200 | 993025-200 |
| **POUR chaque [DET-ESMS n/établissement ou service désigné] [** | | | |
| [DET-ESMS n/ établissement ou service désigné n/nom] | [DET-ESMS n/ établissement ou service désigné n/Adresse] | [DET-ESMS n/ établissement ou service désigné n/téléphone] | [DET-ESMS n/ établissement ou service désigné n/courriel] |

**]**

**SI au moins 2 établissements ou services désignés [**

**Vous devez prendre contact avec ces structures** pour mettre en place **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**l’orientation de votre enfant**] SINON [**l’orientation**]**.

**] SINON [**

**Vous devez prendre contact avec cette structure** pour mettre en place **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**l’orientation de votre enfant**] SINON [**l’orientation**]**. **]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] ≠ « Orientation vers un Pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE) » [**

Vous pouvez également contacter d’autres structures semblables.

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**L’accompagnement de votre enfant**]** **SINON [**L’accompagnement**]** par une de ces structures sera réalisé **sous réserve de places disponibles**.

**]**

**]**

**]**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**Vous devez présenter ce courrier à l’établissement scolaire de votre enfant** **pour faire valoir ses droits. ] SINON [**

**Vous devez présenter ce courrier à l’établissement scolaire de l’enfant** **pour faire valoir ses droits.**

**Cette information est transmise aux services de l’Éducation nationale.**

1. Fin du courrier

**SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » ET SI [DEM-COMP/statut] = « décidé » [**

La décision de la CDAPH du **[DECISION/date de décision]** termine le traitement de votre demande portant sur [DEM-COMP/type de la demande]. **]**

**Notification scolarité & ESMS enfant – Fin courrier**

**]**

**SI [DEM-COMP/type de la demande] = « Demande générique » ET SI [DEM-COMP/statut] = « décidée » ET SI [DOS-COMP/statut] = « décidé »** **[**

La décision de la CDAPH du **[DECISION/date de décision]** termine le traitement de votre demande.**]**

**SI [DOS-COMP/statut] ≠ « décidé »** **[**

Une prochaine réunion de la CDAPH permettra d’examiner le reste de votre demande. **]**

Vous pouvez contester cette décision de la CDAPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

*[Prénom président CDAPH] [Nom président CDAPH], Président de la CDAPH*

*[Signature président CDAPH]*

**SI aucun droit n’a été attribué dans le cadre d’un PAG [**

Conformément à l’article L. 114-1-1 du Code de l’action sociale et des familles, vous avez la possibilité de solliciter un plan d’accompagnement global auprès de la MDPH si l’orientation prévue par la décision de la CDAPH ne peut pas être mise en œuvre.**]**

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision de la CDAPH, vous pouvez :** | |
| **Soit, faire une demande de conciliation** | |
| **Pourquoi ?** | Vous souhaitez donner plus d’informations sur votre situation et **avoir plus d’explications sur la décision** prise par la CDAPH. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH  Le Directeur de la **MDPH désigne une personne indépendante** chargée de la conciliation. |
| **Quand ?** | Dans les 2 mois après réception de la décision par la MDPH. |
| **À savoir** | La personne indépendante chargée de la conciliation va rédiger un rapport à la fin de la conciliation.  A réception du rapport de conciliation, si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision, vous avez la possibilité de faire un recours administratif.  La procédure de conciliation suspend le délai de recours. |
| **Soit, faire un recours administratif** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes pas d’accord avec la décision et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par la CDAPH**. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH.  La juridiction administrative peut également être saisie de façon dématérialisée par l'application « Télérecours citoyens », accessible par le site internet www.telerecours.fr. |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception du courrier de la MDPH.** |
| **À savoir** | Vous devez **joindre à votre recours administratif une copie de la décision de la CDAPH que vous souhaitez contester** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles.  Si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision de la CDAPH après le recours administratif, vous pouvez faire un recours contentieux dans un délai de 2 mois.  A noter que l’absence de réponse à votre recours administratif dans un délai de 2 mois vaut rejet. Cette décision implicite de rejet est également susceptible de recours contentieux.  **Ce recours administratif est dit Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) car il précède obligatoirement le** **recours contentieux.**  Si vous voulez faire un recours contentieux, vous devez remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par la CDAPH à la suite du recours administratif ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. Dans le cas où aucune décision n’a été prise par la CDAPH dans un délai de 2 mois après votre recours administratif, vous devez joindre l'accusé de réception par la MDPH de votre recours administratif.  Selon le type de droits et prestations demandé, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif** pour : RQTH, orientation professionnelle   → [Adresse TA]   * au **Tribunal Judiciaire** pour : AAH et CPR, AEEH et ses compléments, ACTP / ACFP, assurance vieillesse des parents au foyer, PCH, mesures relatives à la scolarisation de l’élève handicapé, orientation en établissements et services médico-sociaux :   → [Adresse TJ] |

* + 1. La notification concernant la CMI

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/Téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/date de naissance]   **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [**   * **Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Notification de décision suite à la demande pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné***

**[**Madame, Monsieur, **] SINON [[Civilité du Destinataire] [Nom du Destinataire], ]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt] concernant votre enfant**.**

**] SINON [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt] **]**.

**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt].

**]**

Le Président du Conseil départemental a examiné votre demande et a rendu sa décision le [DECISION/date de décision].

**SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

**SI [CMI/sans limitation de durée] = Oui [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**Le Président du Conseil départemental attribue à votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable à partir du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** et **sans limitation de durée.**

Ce droit lui est attribué tant que sa situation ne change pas. Si sa situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de sa situation.

**] SINON [**

**Le Président du Conseil départemental vous attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable à partir du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** et **sans limitation de durée.**

Ce droit vous est attribué tant que votre situation ne change pas. Si votre situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de votre situation. **]**

**] SINON [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**Le Président du Conseil départemental attribue à votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** au **[DROIT/date d’échéance du droit].**

**] SINON [**

**Le Président du Conseil départemental vous attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** au **[DROIT/date d’échéance du droit]. ] ]**

**SI ([DROIT/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » ET [DET-CMI/mention] ≠ « Sans mention complémentaire ») [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La sous-mention « [DET-CMI/mention] » sera apposée sur la CMI de votre enfant.

**] SINON [**

La sous-mention « [DET-CMI/mention] » sera apposée sur votre CMI. **]**

**]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] ≠ « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Le taux d’incapacité de votre enfant est **[CMI/taux incapacité]**.

**] SINON SI (la personne n’est pas bénéficiaire de l’APA OU sa perte d’autonomie n’est pas évaluée en GIR 1 ou en GIR 2) [**

Votre taux d’incapacité est **[CMI/taux incapacité]**. **] ]**

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention priorité » [**

Cette carte permet d’obtenir une priorité d’accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d’attente tant pour son titulaire que pour la personne qui l’accompagne dans ses déplacements ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. Elle permet également d’obtenir une priorité dans les files d’attente.

**Vous recevrez prochainement un courrier vous indiquant les modalités à suivre pour recevoir la carte.** La fabrication de la carte est confiée à l’Imprimerie nationale. **]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » [**

Cette carte permet d’obtenir une priorité d’accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d’attente tant pour son titulaire que pour la personne qui l’accompagne dans ses déplacements ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. Elle permet également d’obtenir une priorité dans les files d’attente, de bénéficier de réductions fiscales et d’avantages commerciaux.

**Vous recevrez prochainement un courrier vous indiquant les modalités à suivre pour recevoir la carte.** La fabrication de la carte est confiée à l’Imprimerie nationale. **]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » [**

Cette carte vous permet d’utiliser, dans les parcs de stationnement automobiles, les places réservées ou spécialement aménagées à cet effet, et de bénéficier des dispositions qui peuvent être prises en faveur des personnes handicapées par les autorités compétentes en matière de circulation et de stationnement.

Conformément à l’article R. 241-17 du code de l’action sociale et des familles, cette carte doit être apposée à l’avant du véhicule utilisé pour votre transport et du côté passager. Le côté recto de la carte sur lequel figure le flash code doit être fixé contre le pare-brise, de manière à être contrôlé aisément par les agents habilités.

Tout usage indu de cette carte sera sanctionné par une peine d’amende prévue pour les contraventions de 5ème classe (article R.241-22 du code de l’action sociale et des familles). **]**

**Vous recevrez prochainement un courrier vous indiquant les modalités à suivre pour recevoir la carte.** La fabrication de la carte est confiée à l’Imprimerie nationale.

**SI [CMI/sans limitation de durée] = Non [**

**Au minimum quatre mois avant la date d’expiration de votre carte**, il vous appartiendra de déposer une nouvelle demande pour la renouveler. **]**

**]**

**SI le dernier statut du dossier de demande était « irrecevable »** **[**

**La CDAPH rejette votre demande car votre dossier est irrecevable.**

**SI au moins deux pièces de la recevabilité n’ont pas été reçues [**

Vous n’avez pas envoyé les documents suivants :

**] SINON [**

Vous n’avez pas envoyé le document suivant : **]**

* **SI la pièce de la recevabilité attendue 1 n’a pas été reçue [[P-RECEV(1)/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue 2 n’a pas été reçue [[P-RECEV(2)/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue N n’a pas été reçue [[P-RECEV(N)/nature]]**

**]**

**SI [DECISION/type de décision] = « Rejet » ET le dernier statut du dossier de demande n’était pas « irrecevable » [**

**Le Président du Conseil départemental rejette votre demande** **SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP/Type de la demande]**]**.

**SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Carte mobilité inclusion - Stationnement [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Le taux d’incapacité de votre enfant est [taux d’incapacité évalué par la MDPH].

**] SINON SI (la personne n’est pas bénéficiaire de l’APA OU sa perte d’autonomie n’est pas évaluée en GIR 1 ou en GIR 2) [**

Votre taux d’incapacité est [taux d’incapacité évalué par la MDPH]. **]**

**]**

[DECISION/motivation 1 à n]

**]**

**SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » ET SI [DEM-COMP/statut] = « décidée » [**

La décision du Président du Conseil départemental du **[DECISION/date de décision]** termine le traitement de votre demande portant sur [DEM-COMP/type de la demande]. **]**

**SI [DEM-COMP/type de la demande] = « Demande générique » ET SI [DEM-COMP/statut] = « décidée » ET SI [DOS-COMP/statut] = « décidé »** **[**

La décision du Président du Conseil départemental du **[Réponse/Décision/date de décision]** termine le traitement de votre demande.**]**

**SI [DOS-COMP/statut] ≠ « décidé »** **[**

Une prochaine réunion de la CDAPH permettra d’examiner le reste de votre demande.**]**

Vous pouvez contester cette décision pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

Le Président du Conseil départemental

Pour le Président du Conseil départemental et par délégation [Signature président CDAPH]

**SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » ET [DROIT/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » ET (la personne n’est pas bénéficiaire de l’APA OU sa perte d’autonomie n’est pas évaluée en GIR 1 ou en GIR 2) ET le bénéficiaire n’est pas un mineur [**

La décision d’attribution de la CMI invalidité ouvre aux personnes en emploi ou en recherche d’emploi le bénéfice de l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés (article L5212-13 du code du travail) et peut servir d’attestation à ce titre, sans qu'il soit nécessaire d'accomplir une démarche supplémentaire de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. **]**

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision du Président du Conseil départemental, vous pouvez :** | |
| **Faire un recours administratif** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes pas d’accord avec la décision et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par le Président du Conseil départemental**. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH.  La juridiction administrative peut également être saisie de façon dématérialisée par l'application « Télérecours citoyens », accessible par le site internet www.telerecours.fr. |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception du courrier de la MDPH.** |
| **À savoir** | Vous devez **joindre à votre recours administratif une copie de la décision du Président du Conseil départemental que vous souhaitez contester** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles.  Si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision du **Président du Conseil départemental** après le recours administratif, vous pouvez faire un recours contentieux dans un délai de 2 mois.  À noter que l’absence de réponse à votre recours administratif dans un délai de 2 mois vaut rejet. Cette décision implicite de rejet est également susceptible de recours contentieux.  **Ce recours administratif est dit Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) car il précède obligatoirement le** **recours contentieux.**  Si vous voulez faire un recours contentieux, vous devez remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par la CDAPH à la suite du recours administratif ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. Dans le cas où aucune décision n’a été prise par la CDAPH dans un délai de 2 mois après votre recours administratif, vous devez joindre l'accusé de réception par la MDPH de votre recours administratif.  Selon le type de droits et prestations demandé, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif** pour les décisions relatives à **la carte mobilité inclusion, mention « Stationnement », à** l’APA et à l’aide sociale à l’hébergement   → [Adresse TA]   * au **Tribunal Judiciaire** pour les décisions relatives à l’obligation alimentaire, au recours en succession, aux**cartes mobilité inclusion, mention « Invalidité » ou mention « Priorité »**   → [Adresse TJ] |

* + 1. La notification concernant l’AVPF

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [individu/individu/identité/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Notification d’avis suite à la demande pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENT/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [[Civilité du Destinataire] [Nom du Destinataire],]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt] concernant votre enfant**. ] SINON [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt] **]**.

**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre demande déposée le [DOS-COMP/date de dépôt].**]**

**SI PPC envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

Vous avez reçu un plan personnalisé de compensation (PPC) rédigé par l’équipe pluridisciplinaire en charge de l’évaluation de votre demande.**]**

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre demande **SI PPC envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**et **SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**votrePPC**]** **SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**lePPC de votre enfant**]** **SINON [**lePPC**] ]** et a rendu son avis le [DECISION/date de décision].

**SI [DECISION/type de décision] = « Rejet » ET le dernier statut du dossier de demande n’était pas « irrecevable » [**

**SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**

**La CDAPH rejette votre demande** **SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP/Type de la demande]**]**.

[DECISION/motivation 1 à n]

**]**

**SI le dernier statut du dossier de demande était « irrecevable »** **[**

**La CDAPH rejette votre demande car votre dossier est irrecevable.**

**SI au moins deux pièces de la recevabilité n’ont pas été reçues [**

Vous n’avez pas envoyé les documents suivants : **] SINON [**

Vous n’avez pas envoyé le document suivant :

* **SI la pièce de la recevabilité attendue 1 n’a pas été reçue [[P-RECEV 1/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue 2 n’a pas été reçue [[P-RECEV 2/nature]]**
* **SI la pièce de la recevabilité attendue N n’a pas été reçue [[P-RECEV N/nature]] ]**

**]**

**SI [DECISION/type de décision] = « Non-attribution supplémentaire » [**

**La CDAPH vous informe qu’aucun droit supplémentaire ne vous est attribué SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**suite à votre demande portant sur [DEM-COMP/Type de la demande]**]**.

**]**

**SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

**La CDAPH a reconnu que vous avez besoin d'un aidant familial pour vous aider à votre domicile du** **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit]**

En application de l’article L381-1 du code de la sécurité sociale, votre aidant peut bénéficier de l’affiliation gratuite à l’assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) sous certaines conditions qui seront vérifiées par **SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [**votre organisme de prestations sociales (CAF ou MSA) **] SINON [[ORG-PAY/nom organisme]]**.

[DECISION/précision 1 à n]

**Vous devez présenter cette notification à SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [la CAF ou à la MSA] SINON [[ORG-PAY/nom organisme** *(libellé court)***]]** pour faire valoir ce droit.

**SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [**La CAF ou la MSA**] SINON [**[ORG-PAY/nom organisme *(libellé court)*]**]** vous demandera d’identifier la tierce personne à qui s’appliquera l’AVPF.

Pour rappel, l’AVPF permet la continuité des droits à la retraite des personnes qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s’occuper d’un ou plusieurs enfants ou d’une personne handicapée.

**]**

**SI [DEM-COMP/type de la demande] ≠ « Demande générique » ET SI [DEM-COMP/statut] = « décidée » [**

L’avis de la CDAPH du **[DECISION/date de décision]** termine le traitement de votre demande portant sur [DEM-COMP/type de la demande]. **]**

**SI [DEM-COMP/type de la demande] = « Demande générique » ET SI [DEM-COMP/statut] = « décidée » ET SI [DOS-COMP/statut] = « décidé »** **[**

L’avis de la CDAPH du **[Réponse/Décision/date de décision]** termine le traitement de votre demande.**]**

**SI [DOS-COMP/statut] ≠ « décidé »** **[**

Une prochaine réunion de la CDAPH permettra d’examiner le reste de votre demande.**]**

Vous pouvez contester cet avis de la CDAPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

[Prénom président CDAPH][Nom président CDAPH], Président de la CDAPH

[Signature président CDAPH]

**SI aucun droit n’a été attribué dans le cadre d’un PAG [**

Conformément à l’article L. 114-1-1 du Code de l’action sociale et des familles, vous avez la possibilité de solliciter un plan d’accompagnement global auprès de la MDPH si l’orientation prévue par la décision de la CDAPH ne peut pas être mise en œuvre.**]**

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision de la CDAPH, vous pouvez :** | |
| **Soit, faire une demande de conciliation** | |
| **Pourquoi ?** | Vous souhaitez donner plus d’informations sur votre situation et **avoir plus d’explications sur la décision** prise par la CDAPH. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH  Le Directeur de la **MDPH désigne une personne indépendante** chargée de la conciliation. |
| **Quand ?** | Dans les 2 mois après réception de la décision par la MDPH. |
| **À savoir** | La personne indépendante chargée de la conciliation va rédiger un rapport à la fin de la conciliation.  A réception du rapport de conciliation, si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision, vous avez la possibilité de faire un recours administratif.  La procédure de conciliation suspend le délai de recours. |
| **Soit, faire un recours administratif** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes pas d’accord avec la décision et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par la CDAPH**. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH.  La juridiction administrative peut également être saisie de façon dématérialisée par l'application « Télérecours citoyens », accessible par le site internet www.telerecours.fr. |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception du courrier de la MDPH.** |
| **À savoir** | Vous devez **joindre à votre recours administratif une copie de la décision de la CDAPH que vous souhaitez contester** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles.  Si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision de la CDAPH après le recours administratif, vous pouvez faire un recours contentieux dans un délai de 2 mois.  À noter que l’absence de réponse à votre recours administratif dans un délai de 2 mois vaut rejet. Cette décision implicite de rejet est également susceptible de recours contentieux.  **Ce recours administratif est dit Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) car il précède obligatoirement le** **recours contentieux.**  Si vous voulez faire un recours contentieux, vous devez remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par la CDAPH à la suite du recours administratif ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. Dans le cas où aucune décision n’a été prise par la CDAPH dans un délai de 2 mois après votre recours administratif, vous devez joindre l'accusé de réception par la MDPH de votre recours administratif.  Selon le type de droits et prestations demandé, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif** pour : RQTH, orientation professionnelle   → [Adresse TA]   * au **Tribunal Judiciaire** pour : AAH et CPR, AEEH et ses compléments, ACTP / ACFP, assurance vieillesse des parents au foyer, PCH, mesures relatives à la scolarisation de l’élève handicapé, orientation en établissements et services médico-sociaux :   → [Adresse TJ] |

* 1. Traitement de la demande de révision par un tiers
     1. L’accusé de réception

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [Adresse structure tiers demandeur]  À l’attention de [civilité et nom du représentant de la structure] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Accusé de réception de la demande de révision concernant [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

[Civilité du destinataire] [Nom du destinataire] représentant [Nom de la structure]

La MDPH a bien reçu votre demande déposée le [DOS-REV/date de dépôt] concernant la révision des droits attribués à [IDENTITE/civilité] [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom].

Cette demande concerne :

* [DEM-REV/type de la demande 1]
* [DEM-REV/type de la demande 2]
* [DEM-REV/type de la demande N]

**SI [P-COMPL [0..N]/nature] = *non renseigné* [**

La MDPH va procéder à l’instruction de votre demande et pourra, le cas échéant, solliciter des éléments complémentaires pour apprécier la situation de [IDENTITE/civilité] [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom]. **]**

**SI [P-COMPL [0..N]/nature] ≠ *non renseigné* ET SI au moins une de ces pièces n’a pas été reçue [**

La MDPH va procéder à l’instruction de votre demande.

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

Afin de préciser l’évaluation de la situation de [IDENTITE/civilité] [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom], la MDPH a besoin des documents complémentaires suivants : **]**

**] SINON [**

Afin de préciser l’évaluation de la situation de [IDENTITE/civilité] [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom], la MDPH a besoin du document complémentaire suivant : **]**

* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 1 n’a pas été reçue [[P-COMPL 1/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 2 n’a pas été reçue [[P-COMPL 2/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation N n’a pas été reçue [[P-COMPL N/nature]]**

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

Je vous remercie de transmettre à la MDPH ces éléments dans les meilleurs délais.**]**

**] SINON [**

Je vous remercie de transmettre à la MDPH cet élément dans les meilleurs délais.**] ]**

La Commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH) rendra ensuite une décision concernant ces droits.

Merci de bien vouloir informer [IDENTITE/civilité] [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom] de votre demande concernant la révision de ses droits.

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

* + 1. Le courrier d’information de l’usager

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Information de la réception d’une demande de révision concernant [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH a reçu une demande de révision des droits de votre enfant déposée le [DOS-REV/date de dépôt]. **] SINON [**

La MDPH a reçu une demande de révision de vos droits déposée le [DOS-REV/date de dépôt].**] ]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

La MDPH a reçu une demande de révision des droits de [IDENTITE/civilité] [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage] déposée le [DOS-REV/date de dépôt]. **]**

Cette demande est effectuée par [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur]. Elle concerne :

* [DEM-REV/type de la demande 1]
* [DEM-REV/type de la demande 2]
* [DEM-REV/type de la demande N] **]**

**La MDPH va commencer l’étude de cette demande.**

**SI [P-COMPL [0..N]/nature] ≠ *non renseigné* ET SI au moins une de ces pièces n’a pas été reçue [**

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

Afin de préciser l’évaluation de votre situation, la MDPH a besoin des documents complémentaires suivants : **] SINON [**

Afin de préciser l’évaluation de votre situation, la MDPH a besoin du document complémentaire suivant : **]**

* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 1 n’a pas été reçue [[P-COMPL 1/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 2 n’a pas été reçue [[P-COMPL 2/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation N n’a pas été reçue [[P-COMPL N/nature]]**

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

**Vous devez envoyer ces documents à la MDPH avant le [date de réception attendue]. ] SINON [**

**Vous devez envoyer ce document à la MDPH avant le [date de réception attendue]. ]**

**]**

**SI [P-COMPL [0..N]/nature] = *non renseigné* [**

Si besoin, la MDPH pourra vous demander d’autres documents sur votre situation.

**]**

Vous recevrez **SI la MDPH souhaite afficher le délai de traitement [dans un délai de 4 mois] SINON [**ensuite**]** un courrier de la MDPH pour vous informer de la décision prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour cette demande de révision.

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

* + 1. La demande de pièces complémentaires à l’usager

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Courrier de demande de pièces complémentaires pour la demande de révision concernant [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH a reçu une demande de révision des droits de votre enfant déposée le [DOS-REV/date de dépôt]. **]**

**] SINON [**

La MDPH a reçu une demande de révision de vos droits déposée le [DOS-REV/date de dépôt].**] ]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

La MDPH a reçu une demande de révision des droits de [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage] déposée le [DOS-REV/date de dépôt]. **]**

Cette demande est effectuée par [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur]. Elle concerne :

* [DEM-REV/type de la demande 1]
* [DEM-REV/type de la demande 2]
* [DEM-REV/type de la demande N] **]**

**La MDPH a réalisé une première analyse de cette demande.**

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

Afin de préciser l’évaluation de votre situation, la MDPH a besoin des documents complémentaires suivants : **]**

**] SINON [**

Afin de préciser l’évaluation de votre situation, la MDPH a besoin du document complémentaire suivant : **]**

* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 1 n’a pas été reçue [[P-COMPL 1/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 2 n’a pas été reçue [[P-COMPL 2/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation N n’a pas été reçue [[P-COMPL N/nature]]**

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

**Vous devez envoyer ces documents à la MDPH avant le [date de réception attendue].**

Après avoir envoyé ces documents, vous recevrez un courrier de la MDPH pour vous informer de la décision prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour cette demande de révision.**] ]**

**] SINON [**

**Vous devez envoyer ce document à la MDPH avant le [date de réception attendue].**

Après avoir envoyé ce document, vous recevrez un courrier de la MDPH pour vous informer de la décision prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour cette demande de révision.**] ]**

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

* + 1. La demande de pièces complémentaires au tiers demandeur

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [Adresse structure tiers demandeur]  À l’attention de [civilité et nom du représentant de la structure] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Courrier de demande de pièces complémentaires pour la demande de révision concernant [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

[Civilité du destinataire] [Nom du destinataire] représentant [Nom de la structure]

La MDPH a réalisé une première analyse de la situation de [IDENTITE/civilité] [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom] suite à votre demande déposée le [DOS-REV/date de dépôt].

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

Afin de préciser l’évaluation de sa situation, la MDPH a besoin des documents complémentaires suivants : **]**

**] SINON [**

Afin de préciser l’évaluation de sa situation, la MDPH a besoin du document complémentaire suivant : **]**

* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 1 n’a pas été reçue [[P-COMPL 1/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 2 n’a pas été reçue [[P-COMPL 2/nature]]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation N n’a pas été reçue [[P-COMPL N/nature]]**

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

Je vous remercie de transmettre à la MDPH ces éléments dans les meilleurs délais.**]**

**] SINON [**

Je vous remercie de transmettre à la MDPH cet élément dans les meilleurs délais.**] ]**

La Commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH) rendra ensuite une décision concernant ces droits.

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

* + 1. La notification (hors scolarité et ESMS enfant)

1. Début du courrier

**Notification** (hors scolarité et ESMS enfant) **[révision tiers] – Début courrier**

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [individu/individu/identité/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de la demande de révision par un tiers :**

**Notification de décision suite à la demande de révision pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENT/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [[Civilité du Destinataire] [Nom du Destinataire],]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Ce courrier de notification fait suite à une demande de révision déposée le [DOS-REV/date de dépôt] par [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] **SI [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] = « Directeur ESMS » ET [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »]concernant votre enfant**.**

**] SINON [**

Ce courrier de notification fait suite à une demande de révision déposée le [DOS-REV/date de dépôt] par [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] **SI [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] = « Directeur ESMS » ET [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »]**]**.**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Ce courrier de notification fait suite à une demande de révision déposée le [DOS-REV/date de dépôt] par [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] **SI [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] = « Directeur ESMS » ET [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement"]. **]**

**SI PPC envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

Vous avez reçu un plan personnalisé de compensation (PPC) rédigé par l’équipe pluridisciplinaire en charge de l’évaluation de la demande. **]**

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné la demande de révision **SI PPC envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**et **SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**votrePPC**]** **SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**lePPC de votre enfant**]** **SINON [**lePPC**] ]** et a rendu sa décision le [DECISION/date de décision].

**Si [DECISION/type de décision] = « Clôture de droit » [**

**SI [DEM-REV/type de la demande] = « Révision de l’orientation en ESMS » [**

**SI [DECISION/précision] = « Sortie de l’ESMS » [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH a donné son accord pour votre sortie de l’établissement ou service** **SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »] **]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH a donné son accord pour la sortie de votre enfant de l’établissement ou service SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [N »om de l’établissement »] **]**

**Dans tous les autres cas [**

**La CDAPH a donné son accord pour la sortie de l’établissement ou service** **SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »] **]**

**]**

**]**

**]**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**La CDAPH annule votre droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**La CDAPH met fin à votre droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**La CDAPH annule le droit de votre enfant à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**La CDAPH met fin au droit de votre enfant à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]]**

**Dans tous les autres cas [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**La CDAPH annule le droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**La CDAPH met fin au droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]]**

**]**

**SI [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] = « AEEH de base » OU « Complément 1 de l'AEEH » OU « Complément 2 de l'AEEH » OU « Complément 3 de l'AEEH » OU « Complément 4 de l'AEEH » OU « Complément 5 de l'AEEH » OU « Complément 6 de l'AEEH » [**

Le taux d’incapacité de votre enfant est [taux d’incapacité évalué par la MDPH]. **]**

**SI [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] = « AAH L.821-1 » OU « AAH L.821-2 » OU « CPR (Complément de ressources) » [**

Votre taux d’incapacité est [taux d’incapacité évalué par la MDPH]. **]**

**[DECISION/motivation 1 à n]**

**]**

**SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

**SI [DEM-REV/type de la demande] = « Révision de l’orientation en ESMS » [**

**SI [DECISION/précision] = « Maintien dans l’ESMS » [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH n’a pas donné son accord pour votre sortie de l’établissement ou service** **SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [Nom de l’établissement] **]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH n’a pas donné son accord pour la sortie de votre enfant de l’établissement ou service SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [Nom de l’établissement] **]**

**Dans tous les autres cas [**

**La CDAPH n’a pas donné son accord pour la sortie de l’établissement ou service SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [Nom de l’établissement] **]**

**]**

**]**

**SI [DECISION/précision] = « Sortie de l’ESMS » [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH a donné son accord pour votre sortie de l’établissement ou service** **SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »] **]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH a donné son accord pour la sortie de votre enfant de l’établissement ou service SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »] **]**

**Dans tous les autres cas [**

**La CDAPH a donné son accord pour la sortie de l’établissement ou service** **SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »] **]**

**]**

**]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = [DROIT** en cours**/type de droit et prestation] [**

**Vous conservez l’attribution d’[DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]**. Cette orientation est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit]**

**] SINON [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH vous attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**à partir**]** du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**et **sans limitation de durée**. **] SINON [**au **[DROIT/date d’échéance du droit]]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « Orientation professionnelle vers le marché du travail » ET [M-TRAVAIL/sans limitation de durée] = « Oui » [**

Ce droit vous est attribué tant que votre situation ne change pas. Si votre situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de votre situation. **]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH attribue à votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**à partir**]** du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » ET [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] ≠ « AEEH de base » [**et **sans limitation de durée**. **] SINON [**au **[DROIT/date d’échéance du droit]]**

**Dans tous les autres cas [**

**La CDAPH attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**à partir**]** du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**et **sans limitation de durée**. **] SINON [**au **[DROIT/date d’échéance du droit]] ]**

**]**

**SI [DROIT] révise un autre droit [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**Cette attribution vient en remplacement de votre droit à [DROIT** révisé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** révisé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT\*** révisé**/sans limitation de durée] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au [DROIT** révisé**/date d’échéance du droit]]. ]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**Cette attribution vient en remplacement du droit de votre enfant à [DROIT** révisé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** révisé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT\*** révisé**/sans limitation de durée] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au [DROIT** révisé**/date d’échéance du droit]]. ]**

**Dans tous les autres cas [**

**Cette attribution vient en remplacement du droit à [DROIT** révisé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** révisé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au [DROIT** révisé**/date d’échéance du droit]]. ]**

**]**

**]**

**]**

**]**

**SI [DEM-REV/type de la demande] = autres cas [**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « AEEH de base » [**

**La CDAPH vous attribue pour votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [AEEH-CPL/sans limitation de durée] = « Oui » [**à partir**]** du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** **SI [AEEH-CPL/sans limitation de durée] = « Non » [**au **[DROIT/date d’échéance du droit]]**.

**SI [AEEH-CPL/sans limitation de durée] = « Oui » [**

Ce droit vous est attribué jusqu’aux 20 ans de votre enfant tant que sa situation ne change pas. Si sa situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de la situation.**]**

**]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = autres cas [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH vous attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**à partir**]** du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**et **sans limitation de durée**. **] SINON [**au **[DROIT/date d’échéance du droit]] ]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH attribue à votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**à partir**]** du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**et **sans limitation de durée**. **] SINON [**au **[DROIT/date d’échéance du droit]] ]**

**Dans tous les autres cas [**

**La CDAPH attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**à partir**]** du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** **SI [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**et **sans limitation de durée**. **] SINON [**au **[DROIT/date d’échéance du droit]] ]**

**]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « AAH L.821-1 » ET [DROIT/sans limitation de durée\*] = « Oui » [**

Ce droit vous est attribué tant que votre situation ne change pas. Si votre situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de votre situation. **]**

**]**

**SI [DROIT] révise un autre droit [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**Cette attribution vient en remplacement de votre droit à [DROIT** révisé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** révisé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au [DROIT** révisé**/date d’échéance du droit]]. ]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**Cette attribution vient en remplacement du droit de votre enfant à [DROIT** révisé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** révisé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au [DROIT** révisé**/date d’échéance du droit]]. ]**

**Dans tous les autres cas [**

**Cette attribution vient en remplacement du droit à [DROIT** révisé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** révisé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au [DROIT** révisé**/date d’échéance du droit]]. ]**

**]**

**]**

**]**

1. Détails

**Notification** (hors scolarité et ESMS enfant) **[révision tiers] – Détails**

Appliquer ici les traitements prévus dans les parties « *Détails…* » de la section « *La notification (hors CMI, scolarité et AVPF)* » du chapitre « *Traitement de la Demande de Compensation* »

Note : La notification des droits RQTH, ACTP, ACFP et AVPF n’est pas applicable à la réponse à une Demande de Révision par un tiers.

1. Fin du courrier

**SI [DEM-REV/statut] = « décidée » [**

La décision de la CDAPH du **[DECISION/date de décision]** termine le traitement de la demande de révision portant sur [DEM-REV/type de la demande]. **]**

**SI [DOS-REV/statut] ≠ « décidé »** **[**

**Notification** (hors scolarité et ESMS enfant) **[révision tiers] – Fin courrier**

Une prochaine réunion de la CDAPH permettra d’examiner le reste de la demande de révision.**]**

Vous pouvez contester cette décision de la CDAPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

[Prénom président CDAPH][Nom président CDAPH], Président de la CDAPH

[Signature président CDAPH]

**SI [DECISION/Type décision] = « Attribution » ET SI [DROIT/type de droit et prestation] = « AAH L.821-1 » OU « AAH L.821-2 » [**

La décision d’attribution de l’AAH ouvre aux personnes en emploi ou en recherche d’emploi le bénéfice de l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés (article L5212-13 du code du travail) et peut servir d’attestation à ce titre, sans qu'il soit nécessaire d'accomplir une démarche supplémentaire de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.**]**

Conformément à l’article L. 114-1-1 du Code de l’action sociale et des familles, vous avez la possibilité de solliciter un plan d’accompagnement global auprès de la MDPH si l’orientation prévue par la décision de la CDAPH ne peut pas être mise en œuvre.

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision de la CDAPH, vous pouvez :** | |
| **Soit, faire une demande de conciliation** | |
| **Pourquoi ?** | Vous souhaitez donner plus d’informations sur votre situation et **avoir plus d’explications sur la décision** prise par la CDAPH. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH  Le Directeur de la **MDPH désigne une personne indépendante** chargée de la conciliation. |
| **Quand ?** | Dans les 2 mois après réception de la décision par la MDPH. |
| **À savoir** | La personne indépendante chargée de la conciliation va rédiger un rapport à la fin de la conciliation.  A réception du rapport de conciliation, si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision, vous avez la possibilité de faire un recours administratif.  La procédure de conciliation suspend le délai de recours. |
| **Soit, faire un recours administratif** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes pas d’accord avec la décision et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par la CDAPH**. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH.  La juridiction administrative peut également être saisie de façon dématérialisée par l'application « Télérecours citoyens », accessible par le site internet www.telerecours.fr. |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception du courrier de la MDPH.** |
| **À savoir** | Vous devez **joindre à votre recours administratif une copie de la décision de la CDAPH que vous souhaitez contester** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles.  Si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision de la CDAPH après le recours administratif, vous pouvez faire un recours contentieux dans un délai de 2 mois.  À noter que l’absence de réponse à votre recours administratif dans un délai de 2 mois vaut rejet. Cette décision implicite de rejet est également susceptible de recours contentieux.  **Ce recours administratif est dit Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) car il précède obligatoirement le** **recours contentieux.**  Si vous voulez faire un recours contentieux, vous devez remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par la CDAPH à la suite du recours administratif ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. Dans le cas où aucune décision n’a été prise par la CDAPH dans un délai de 2 mois après votre recours administratif, vous devez joindre l'accusé de réception par la MDPH de votre recours administratif.  Selon le type de droits et prestations demandé, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif** pour : RQTH, orientation professionnelle   → [Adresse TA]   * au **Tribunal Judiciaire** pour : AAH et CPR, AEEH et ses compléments, ACTP / ACFP, assurance vieillesse des parents au foyer, PCH, mesures relatives à la scolarisation de l’élève handicapé, orientation en établissements et services médico-sociaux :   → [Adresse TJ] |

* + 1. La notification concernant la scolarité et l’orientation ESMS enfant

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [individu/individu/identité/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de la demande de révision par un tiers :**

**Notification de décision suite à la demande de révision pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENT/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [[Civilité du Destinataire] [Nom du Destinataire],]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Ce courrier de notification fait suite à une demande de révision déposée le [DOS-REV/date de dépôt] par [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] **SI [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] = « Directeur ESMS » ET [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »]concernant votre enfant**.**

**] SINON [**

Ce courrier de notification fait suite à une demande de révision déposée le [DOS-REV/date de dépôt] par [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] **SI [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] = « Directeur ESMS » ET [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »]**]**.**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Ce courrier de notification fait suite à une demande de révision déposée le [DOS-REV/date de dépôt] par [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] **SI [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] = « Directeur ESMS » ET [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement"]. **]**

**SI PPS envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

Vous avez reçu un projet personnalisé de scolarisation (PPS) rédigé par l’équipe pluridisciplinaire en charge de l’évaluation de la demande. **]**

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné la demande de révision **SI PPS envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**et **SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**lePPS de votre enfant**]** **SINON [**lePPS**]]** et a rendu sa décision le [DECISION/date de décision].

**Si [DECISION/type de décision] = « Clôture de droit » [**

**SI [DECISION/précision] = « Sortie de l’ESMS » [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH a donné son accord pour votre sortie de l’établissement ou service** **SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »] **]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH a donné son accord pour la sortie de votre enfant de l’établissement ou service SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [N »om de l’établissement »] **]**

**Dans tous les autres cas [**

**La CDAPH a donné son accord pour la sortie de l’établissement ou service** **SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »] **]**

**]**

**]**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH met fin à votre droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH met fin au droit de votre enfant à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]**

**Dans tous les autres cas [**

**La CDAPH met fin au droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]**

**]**

**[DECISION/motivation 1 à n]**

**]**

**SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

**SI [DECISION/précision] = « Maintien dans l’ESMS » [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH n’a pas donné son accord pour votre sortie de l’établissement ou service** **SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [Nom de l’établissement] **]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH n’a pas donné son accord pour la sortie de votre enfant de l’établissement ou service SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [Nom de l’établissement] **]**

**Dans tous les autres cas [**

**La CDAPH n’a pas donné son accord pour la sortie de l’établissement ou service SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [Nom de l’établissement] **]**

**]**

**SI [DECISION/précision] = « Sortie de l’ESMS » [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH a donné son accord pour votre sortie de l’établissement ou service** **SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »] **]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH a donné son accord pour la sortie de votre enfant de l’établissement ou service SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »] **]**

**Dans tous les autres cas [**

**La CDAPH a donné son accord pour la sortie de l’établissement ou service** **SI [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »] **]**

**]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = [DROIT** en cours**/type de droit et prestation] [**

**Vous conservez l’attribution d’[DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]**. Cette orientation est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit]**

**] SINON [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La CDAPH attribue à votre enfant: **] SINON [**

La CDAPH attribue : **]**

Appliquer ici les traitements prévus dans la « *Partie attribution* » de la section « *La notification concernant la scolarité et l’orientation ESMS enfant* » du chapitre « *Traitement de la Demande de Compensation* »

**]**

**SI [DROIT] révise un autre droit [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**Cette attribution vient en remplacement de votre droit à [DROIT** révisé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** révisé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT\*** révisé**/sans limitation de durée] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au [DROIT** révisé**/date d’échéance du droit]]. ]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**Cette attribution vient en remplacement du droit de votre enfant à [DROIT** révisé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** révisé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT\*** révisé**/sans limitation de durée] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au [DROIT** révisé**/date d’échéance du droit]]. ]**

**Dans tous les autres cas [**

**Cette attribution vient en remplacement du droit à [DROIT** révisé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** révisé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** révisé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au [DROIT** révisé**/date d’échéance du droit]]. ]**

**]**

**]**

**]**

**]**

**SI [DEM-REV/statut] = « décidée » [**

La décision de la CDAPH du **[DECISION/date de décision]** termine le traitement de la demande de révision portant sur [DEM-REV/type de la demande]. **]**

**SI [DOS-REV/statut] ≠ « décidé »** **[**

Une prochaine réunion de la CDAPH permettra d’examiner le reste de la demande de révision.**]**

Vous pouvez contester cette décision de la CDAPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

[Prénom président CDAPH][Nom président CDAPH], Président de la CDAPH

[Signature président CDAPH]

Conformément à l’article L. 114-1-1 du Code de l’action sociale et des familles, vous avez la possibilité de solliciter un plan d’accompagnement global auprès de la MDPH si l’orientation prévue par la décision de la CDAPH ne peut pas être mise en œuvre.

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision de la CDAPH, vous pouvez :** | |
| **Soit, faire une demande de conciliation** | |
| **Pourquoi ?** | Vous souhaitez donner plus d’informations sur votre situation et **avoir plus d’explications sur la décision** prise par la CDAPH. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH  Le Directeur de la **MDPH désigne une personne indépendante** chargée de la conciliation. |
| **Quand ?** | Dans les 2 mois après réception de la décision par la MDPH. |
| **À savoir** | La personne indépendante chargée de la conciliation va rédiger un rapport à la fin de la conciliation.  A réception du rapport de conciliation, si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision, vous avez la possibilité de faire un recours administratif.  La procédure de conciliation suspend le délai de recours. |
| **Soit, faire un recours administratif** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes pas d’accord avec la décision et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par la CDAPH**. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH.  La juridiction administrative peut également être saisie de façon dématérialisée par l'application « Télérecours citoyens », accessible par le site internet www.telerecours.fr. |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception du courrier de la MDPH.** |
| **À savoir** | Vous devez **joindre à votre recours administratif une copie de la décision de la CDAPH que vous souhaitez contester** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles.  Si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision de la CDAPH après le recours administratif, vous pouvez faire un recours contentieux dans un délai de 2 mois.  À noter que l’absence de réponse à votre recours administratif dans un délai de 2 mois vaut rejet. Cette décision implicite de rejet est également susceptible de recours contentieux.  **Ce recours administratif est dit Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) car il précède obligatoirement le** **recours contentieux.**  Si vous voulez faire un recours contentieux, vous devez remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par la CDAPH à la suite du recours administratif ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. Dans le cas où aucune décision n’a été prise par la CDAPH dans un délai de 2 mois après votre recours administratif, vous devez joindre l'accusé de réception par la MDPH de votre recours administratif.  Selon le type de droits et prestations demandé, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif** pour : RQTH, orientation professionnelle   → [Adresse TA]   * au **Tribunal Judiciaire** pour : AAH et CPR, AEEH et ses compléments, ACTP / ACFP, assurance vieillesse des parents au foyer, PCH, mesures relatives à la scolarisation de l’élève handicapé, orientation en établissements et services médico-sociaux :   → [Adresse TJ] |

* 1. Traitement du Plan d’accompagnement global (PAG)
     1. L’accusé de réception de la sollicitation de PAG  
        (cas où le PAG n’est pas associé à un dossier de demande)

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [REF-PAG/prénom] [REF-PAG/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [REF-PAG/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [REF-PAG/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Accusé de réception pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH a bien reçu votre demande déposée le [PAG/*événement « Sollicitation de PAG »*/date de l’évènement] concernant votre enfant. **]**

**] SINON [**

La MDPH a bien reçu votre demande déposée le [PAG/*événement « Sollicitation de PAG »*/date de l’évènement]. **] ]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

La MDPH a bien reçu votre demande déposée le [PAG/*événement « Sollicitation de PAG »*/date de l’évènement]. **]**

**]**

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**Vous avez contacté la MDPH pour signaler vos difficultés et mettre en place un plan d’accompagnement global (PAG).**

La MDPH va vous contacter pour mieux comprendre votre situation et vos difficultés et vous aider à trouver une solution.

**La MDPH va commencer l’étude de votre demande.**

Si besoin, la MDPH pourra vous demander d’autres documents sur votre situation.

**] SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**Vous avez contacté la MDPH pour signaler les difficultés de votre enfant et mettre en place un plan d’accompagnement global (PAG).**

La MDPH va vous contacter pour mieux comprendre la situation et les difficultés de votre enfant et vous aider à trouver une solution.

**La MDPH va commencer l’étude de votre demande.**

Si besoin, la MDPH pourra vous demander d’autres documents sur la situation de votre enfant.

**] SINON [**

**Vous avez contacté la MDPH pour signaler des difficultés et mettre en place un plan d’accompagnement global (PAG).**

La MDPH va vous contacter pour mieux comprendre la situation et les difficultés et vous aider à trouver une solution.

**La MDPH va commencer l’étude de votre demande.**

Si besoin, la MDPH pourra vous demander d’autres documents sur la situation.**]**

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

Votre avis est important pour nous. Vous pouvez répondre à l’enquête de satisfaction sur votre MDPH en vous connectant sur internet à l’adresse http://mamdph-monavis.fr/

* + 1. La fiche de recueil de l’accord préalable pour un PAG sollicité

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [REF-PAG/prénom] [REF-PAG/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [REF-PAG/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [REF-PAG/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Vous avez contacté la MDPH pour signaler les difficultés de votre enfant et mettre en place un Plan d’Accompagnement Global (PAG). **]**

**] SINON [**

Vous avez contacté la MDPH pour signaler vos difficultés et mettre en place un Plan d’Accompagnement Global (PAG).**] ]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Vous avez contacté la MDPH pour signaler des difficultés et mettre en place un Plan d’Accompagnement Global (PAG). **]**

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

La MDPH va vous contacter pour mieux comprendre votre situation et vos difficultés et vous aider à trouver une solution.

**] SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH va vous contacter pour mieux comprendre la situation et les difficultés de votre enfant et vous aider à trouver une solution.

**] SINON [**

La MDPH va vous contacter pour mieux comprendre la situation et les difficultés et vous aider à trouver une solution.**]**

**La MDPH va aussi prendre contact avec d’autres professionnels, qui pourront aider à trouver une solution et vous accompagner par la suite.**

La MDPH pourra organiser si besoin des réunions avec vous et des professionnels pour trouver la meilleure solution possible.

**Votre accord est nécessaire pour que la MDPH élabore un plan d’accompagnement global (PAG) et cherche des solutions avec les autres professionnels.**

La MDPH

[Signature]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

**Sur une nouvelle feuille :**

Courrier à renvoyer

Renvoyez ce formulaire rempli et signé à la MDPH

**Recueil de l’accord pour élaborer un plan d’accompagnement global pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

*Cochez la case correspondant à votre choix et  
remplissez votre nom et votre prénom*

**Votre choix :**

**Je donne mon accord** pour l’élaboration d’un plan d’accompagnement global pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

En donnant mon accord, j’autorise la MDPH à échanger des informations sur moi avec des professionnels pour faciliter l’évaluation de ma situation (échanges oraux, écrits, mails)

**] SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

En donnant mon accord, j’autorise la MDPH à échanger des informations sur [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage] avec des professionnels pour faciliter l’évaluation de sa situation (échanges oraux, écrits, mails)

**] SINON [**

En donnant mon accord, j’autorise la MDPH à échanger des informations sur [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage] avec des professionnels pour faciliter l’évaluation de sa situation (échanges oraux, écrits, mails) **]**

**Je refuse** l’élaboration d’un plan d’accompagnement global pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

**Vous êtes :**

[IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

Le père, la mère ou le représentant légal de [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

* Prénom / Nom

Courrier à renvoyer

Renvoyez ce formulaire rempli et signé à la MDPH

Date et signature :

*Vous devez envoyer ce formulaire rempli et signé à la MDPH à cette adresse : [coordonnées]*

* + 1. La fiche de recueil de l’accord préalable pour un PAG proposé par l’EP, dans le cadre de l’évaluation d’une demande de compensation

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [REF-PAG/prénom] [REF-PAG/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [REF-PAG/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [REF-PAG/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Vous avez transmis une demande à la MDPH concernant votre enfant en date du [DOS-COMP/date de dépôt]. **]**

**] SINON [**

Vous avez transmis une demande à la MDPH en date du [DOS-COMP/date de dépôt]**] ]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Vous avez transmis une demande à la MDPH en date du [DOS-COMP/date de dépôt] **]**

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

La MDPH a commencé l’étude de votre demande. Pour apporter la meilleure réponse à vos besoins, la MDPH vous propose d’élaborer et mettre en place un Plan d’Accompagnement Global (PAG).

**] SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH a commencé l’étude de votre demande. Pour apporter la meilleure réponse aux besoins de votre enfant, la MDPH vous propose d’élaborer et mettre en place un Plan d’Accompagnement Global (PAG).

**] SINON [**

La MDPH a commencé l’étude de votre demande. Pour apporter la meilleure réponse aux besoins, la MDPH vous propose d’élaborer et mettre en place un Plan d’Accompagnement Global (PAG). **]**

**La MDPH va aussi prendre contact avec d’autres professionnels, qui pourront aider à trouver une solution et vous accompagner par la suite.**

La MDPH pourra organiser si besoin des réunions avec vous et des professionnels pour trouver la meilleure solution possible.

**Votre accord est nécessaire pour que la MDPH élabore un plan d’accompagnement global (PAG) et cherche des solutions avec les autres professionnels.**

La MDPH

[Signature]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

**Sur une nouvelle feuille :**

Courrier à renvoyer

Renvoyez ce formulaire rempli et signé à la MDPH

**Recueil de l’accord pour élaborer un plan d’accompagnement global pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

*Cochez la case correspondant à votre choix et  
remplissez votre nom et votre prénom*

**Votre choix :**

**Je donne mon accord** pour l’élaboration d’un plan d’accompagnement global pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

En donnant mon accord, j’autorise la MDPH à échanger des informations sur moi avec des professionnels pour faciliter l’évaluation de ma situation (échanges oraux, écrits, mails)

**] SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

En donnant mon accord, j’autorise la MDPH à échanger des informations sur [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage] avec des professionnels pour faciliter l’évaluation de sa situation (échanges oraux, écrits, mails)

**] SINON [**

En donnant mon accord, j’autorise la MDPH à échanger des informations sur [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage] avec des professionnels pour faciliter l’évaluation de sa situation (échanges oraux, écrits, mails) **]**

**Je refuse** l’élaboration d’un plan d’accompagnement global pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

**Vous êtes :**

[IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

Le père, la mère ou le représentant légal de [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

* Prénom / Nom

Courrier à renvoyer

Renvoyez ce formulaire rempli et signé à la MDPH

Date et signature :

*Vous devez envoyer ce formulaire rempli et signé à la MDPH à cette adresse : [coordonnées]*

* + 1. La fiche de recueil de l’accord préalable pour un PAG proposé par l’EP, dans le cadre du suivi des décisions

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [REF-PAG/prénom] [REF-PAG/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [REF-PAG/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [REF-PAG/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH a constaté des difficultés dans la mise en œuvre de l’orientation prévue par les décisions de la CDAPH. Pour apporter la meilleure réponse aux besoins de votre enfant, la MDPH vous propose d’élaborer et mettre en place un Plan d’Accompagnement Global (PAG). **]**

**] SINON [**

La MDPH a constaté des difficultés dans la mise en œuvre de l’orientation prévue par les décisions de la CDAPH. Pour apporter la meilleure réponse aux besoins, la MDPH vous propose d’élaborer et mettre en place un Plan d’Accompagnement Global (PAG).**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

La MDPH a constaté des difficultés dans la mise en œuvre de l’orientation prévue par les décisions de la CDAPH. Pour apporter la meilleure réponse à vos besoins, la MDPH vous propose d’élaborer et mettre en place un Plan d’Accompagnement Global (PAG).**]**

**La MDPH va aussi prendre contact avec d’autres professionnels, qui pourront aider à trouver une solution et vous accompagner par la suite.**

La MDPH pourra organiser si besoin des réunions avec vous et des professionnels pour trouver la meilleure solution possible.

**Votre accord est nécessaire pour que la MDPH élabore un plan d’accompagnement global (PAG) et cherche des solutions avec les autres professionnels.**

La MDPH

[Signature]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

**Sur une nouvelle feuille :**

Courrier à renvoyer

Renvoyez ce formulaire rempli et signé à la MDPH

**Recueil de l’accord pour élaborer un plan d’accompagnement global pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

*Cochez la case correspondant à votre choix et  
remplissez votre nom et votre prénom*

**Votre choix :**

**Je donne mon accord** pour l’élaboration d’un plan d’accompagnement global pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

**SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

En donnant mon accord, j’autorise la MDPH à échanger des informations sur moi avec des professionnels pour faciliter l’évaluation de ma situation (échanges oraux, écrits, mails)

**] SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

En donnant mon accord, j’autorise la MDPH à échanger des informations sur [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage] avec des professionnels pour faciliter l’évaluation de sa situation (échanges oraux, écrits, mails)

**] SINON [**

En donnant mon accord, j’autorise la MDPH à échanger des informations sur [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage] avec des professionnels pour faciliter l’évaluation de sa situation (échanges oraux, écrits, mails) **]**

**Je refuse** l’élaboration d’un plan d’accompagnement global pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

**Vous êtes :**

[IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

Le père, la mère ou le représentant légal de [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

* Prénom / Nom

Courrier à renvoyer

Renvoyez ce formulaire rempli et signé à la MDPH

Date et signature :

*Vous devez envoyer ce formulaire rempli et signé à la MDPH à cette adresse : [coordonnées]*

* + 1. Le courrier de convocation au GOS

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [REF-PAG/prénom] [REF-PAG/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [REF-PAG/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [REF-PAG/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Courrier de convocation au groupe opérationnel de synthèse pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Vous avez sollicité la MDPH pour vous accompagner dans l’élaboration d’un plan d’accompagnement global (PAG) concernant votre enfant.

**Vous êtes invité SI [Civilité du destinataire] = « Madame » [e] SI [Civilité du destinataire] = *non renseigné* [(e)] à participer à une réunion du Groupe Opérationnel de Synthèse.**

**La réunion aura lieu le [date et heure de la réunion] à la MDPH de [Département] – [Adresse de la MDPH]– [Salle]**

Plusieurs professionnels travaillant à la MDPH et dans des établissements ou des services participeront à cette réunion, pour rechercher ensemble des solutions adaptées à la situation de votre enfant.

Vous pourrez expliquer sa situation et vos attentes.

**] SINON [**

Vous avez sollicité la MDPH pour vous accompagner dans l’élaboration d’un plan d’accompagnement global (PAG). **]**

**Vous êtes invité SI [Civilité du destinataire] = « Madame » [e] SI [Civilité du destinataire] = *non renseigné* [(e)] à participer à une réunion du Groupe Opérationnel de Synthèse.**

**La réunion aura lieu le [date et heure de la réunion] à la MDPH de [Département] – [Adresse de la MDPH]– [Salle]**

Plusieurs professionnels travaillant à la MDPH et dans des établissements ou des services participeront à cette réunion, pour rechercher ensemble des solutions adaptées à la situation.

Vous pourrez expliquer la situation et vos attentes.

**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Vous avez sollicité la MDPH pour vous accompagner dans l’élaboration d’un plan d’accompagnement global (PAG).

**Vous êtes invité SI [Civilité du destinataire] = « Madame » [e] SI [Civilité du destinataire] = *non renseigné* [(e)] à participer à une réunion du Groupe Opérationnel de Synthèse.**

**La réunion aura lieu le [date et heure de la réunion] à la MDPH de [Département] – [Adresse de la MDPH]– [Salle]**

Plusieurs professionnels travaillant à la MDPH et dans des établissements ou des services participeront à cette réunion, pour rechercher ensemble des solutions adaptées à votre situation.

Vous pourrez expliquer votre situation et vos attentes.

**]**

Vous pouvez être accompagné **SI [Civilité du destinataire] = « Madame » [e] SI [Civilité du destinataire] = *non renseigné* [(e)]** par une personne de votre choix.

Je vous remercie de confirmer à la MDPH votre présence avant le [date limite de confirmation].

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

* + 1. Le courrier d’accompagnement du PAG

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [REF-PAG/prénom] [REF-PAG/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [REF-PAG/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [REF-PAG/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Proposition de Plan d’Accompagnement Global (PAG) pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Ce courrier vient en réponse à votre sollicitation de la MDPH pour vous accompagner dans la mise en œuvre d’un plan d’accompagnement global (PAG) concernant votre enfant.

La proposition de PAG jointe a été élaborée suite à des échanges avec vous et avec les professionnels participant à l’accompagnement de votre enfant.

Le coordonnateur désigné pour la mise en œuvre de ce plan est [COORD-PAG/prénom] [COORD-PAG/Nom].

Vous pouvez le contacter pour toutes les questions concernant l’accompagnement de votre enfant.

**] SINON [**

Ce courrier vient en réponse à votre sollicitation de la MDPH pour vous accompagner dans la mise en œuvre d’un plan d’accompagnement global (PAG).

La proposition de PAG jointe a été élaborée suite à des échanges avec vous et avec les professionnels participant à l’accompagnement.

Le coordonnateur désigné pour la mise en œuvre de ce plan est [COORD-PAG/prénom] [COORD-PAG/Nom].

Vous pouvez le contacter pour toutes les questions concernant l’accompagnement.

**]**

**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Ce courrier vient en réponse à votre sollicitation de la MDPH pour vous accompagner dans la mise en œuvre d’un plan d’accompagnement global (PAG).

La proposition de PAG jointe a été élaborée suite à des échanges avec vous et avec les professionnels participant à votre accompagnement.

Le coordonnateur désigné pour la mise en œuvre de ce plan est [COORD-PAG/prénom] [COORD-PAG/Nom].

Vous pouvez le contacter pour toutes les questions concernant votre accompagnement.

**]**

Si vous êtes d’accord avec cette proposition, vous pouvez renvoyer le PAG signé à la MDPH.

Si vous n’êtes pas d’accord, vous pouvez contacter la MDPH pour expliquer vos attentes et chercher d’autres solutions.

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

* + 1. La trame de PAG

**PLAN D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL**

**pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

* **Référent d’élaboration du PAG : [**REF-PAG/prénom] [REF-PAG/nom]
  + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [REF-PAG/téléphone]
  + [REF-PAG/courriel]



|  |  |
| --- | --- |
| **1. Éléments introductifs** | |
| **Identité de la personne** | [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]  Numéro de dossier : [INDIVIDU/numéro individu] | |
| **Date de naissance** | [IDENTITE/Date de naissance] | |
| **Pour les enfants : autorité parentale** | Parent 1 : [PARENT 1/prénom] [PARENT 1/nom]  Parent 2 : [PARENT 2/prénom] [PARENT 2/nom] | |
| **En cas de mesure de protection** | Représentant légal : [PROTEC/prénom de la personne] [PROTEC/nom de la personne]  Mesure : [PROTEC/type de mesure]  Organisme : [PROTEC/nom organisme] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Description de la situation et contexte de mise en place du PAG** | |
| **Rappel des droits en cours** | [DROIT en cours 1/type de droit et prestation]  du [DROIT en cours 1/date d’ouverture du droit] au [DROIT en cours /date d’échéance du droit] **Si la MDPH souhaite préciser les détails du droit [**[Détails du droit]**]**  [DROIT en cours 2/type de droit et prestation]  du [DROIT en cours 2/date d’ouverture du droit] au [DROIT en cours 2/date d’échéance du droit] **Si la MDPH souhaite préciser les détails du droit [**[Détails du droit]**]**  [DROIT en cours N/type de droit et prestation]  du [DROIT en cours N/date d’ouverture du droit] au [DROIT en cours N/date d’échéance du droit] **Si la MDPH souhaite préciser les détails du droit [**[Détails du droit]**]** | |
| **Motif de l’élaboration du PAG** | [PAG/justification] | |
| **État des lieux de la situation ou synthèse des besoins** | [PAG/état des lieux de la situation ou synthèse des besoins] | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Droits, prestations et engagements des acteurs** | |
| **Droits proposés dans le cadre du PAG, soumis à décision de la CDAPH** | [DROIT proposé ou décidé PAG 1/type de droit et prestation]  du [DROIT proposé ou décidé PAG 1/date d’ouverture du droit] au [DROIT proposé ou décidé PAG 1/date d’échéance du droit] **Si la MDPH souhaite préciser les détails du droit [**[Détails du droit]**]**  [DROIT proposé ou décidé PAG 2/type de droit et prestation]  du [DROIT proposé ou décidé PAG 2/date d’ouverture du droit] au [DROIT proposé ou décidé PAG 2/date d’échéance du droit] **Si la MDPH souhaite préciser les détails du droit [**[Détails du droit]**]**  [DROIT proposé ou décidé PAG N/type de droit et prestation]  du [DROIT proposé ou décidé PAG N/date d’ouverture du droit] au [DROIT proposé ou décidé PAG N/date d’échéance du droit] **Si la MDPH souhaite préciser les détails du droit [**[Détails du droit]**]** | |
| **Engagements des acteurs** | **Article 1 : [Acteur 1] s’engage à**  [Description de l’engagement : nature/fréquence]  [Droit/prestation/préconisation concerné(e)]  **Article 2 : [Acteur 2] s’engage à**  Description de la dérogation : nature/fréquence  Droit/prestation/préconisation concerné(e)  **Article N : [Acteur N] s’engage à**  Description de l’engagement (ex : réunir un nouveau groupe opérationnel de synthèse (GOS) à tout moment à la demande de l'une des parties du PAG en collaboration avec le Coordonnateur de parcours)  *[À compléter avec autant d’engagements qu’il y a d’acteurs engagés : la MDPH, la personne handicapée, les aidants, le coordonnateur de parcours peuvent être des acteurs s’engageant dans le PAG. Les engagements pris de manière dérogatoire sont à mentionner également dans cette partie, en ajoutant le cas échéant les termes « à titre dérogatoire, … »]* | |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Modalités de suivi et de mise en œuvre du PAG** | |
| **Coordonnateur de parcours** | [COORD-PAG/prénom] [COORD-PAG/nom]  **SI [STRUCT-COORD] ≠ non renseigné [** [STRUCT-COORD/type de structure] [STRUCT-COORD/désignation] Direction : [STRUCT-COORD/Directeur/nom] **]** | |
| **Date d’actualisation** | [PAG/date d’actualisation prévisionnelle]  À cette date, l’actualisation sera déclenchée par [Responsable actualisation (ex : coordonnateur, MDPH…selon l’organisation locale)]  ***Si votre situation change ou que votre accompagnement doit évoluer, vous pouvez à tout moment demander l’actualisation du PAG en contactant*** [**Responsable actualisation** (ex : coordonnateur, MDPH…selon l’organisation locale)] | |
| **Liste des annexes (optionnelle)** | [Annexe 1 (*ex : Emploi du temps hebdomadaire des intervenants et interventions, CR du GOS, date des engagements des acteurs, synthèse des besoins…)*]  [Annexe 2 (*ex : Emploi du temps hebdomadaire des intervenants et interventions, CR du GOS, date des engagements des acteurs, synthèse des besoins…)*]  [Annexe N (*ex : Emploi du temps hebdomadaire des intervenants et interventions, CR du GOS, date des engagements des acteurs, synthèse des besoins…)*] | |

Fait à [Ville de la MDPH] le [Date d'édition]

Signature

Prénom/Nom

[La personne ou son représentant légal]

Le coordonnateur de parcours,

* 1. Traitement des recours
     1. L’accusé de réception de la demande de conciliation

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre conciliation :**

**Accusé de réception de la demande de conciliation pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH a bien reçu votre demande de conciliation le [CONCIL/date de réception] concernant votre enfant. **]**

**] SINON [**

La MDPH a bien reçu votre demande de conciliation le [CONCIL/date de réception]. **] ]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

La MDPH a bien reçu votre demande de conciliation le [CONCIL/date de réception]. **]**

Vous avez déposé cette demande de conciliation à la MDPH car :

**POUR chaque [CONTEST 1 à n] [**

**SI [CONTEST N/objet] = « Modalité d'un droit attribué » [**

* Vous n’êtes **pas d’accord avec les modalités** fixées dans la décision du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision] concernant [DROIT *lié à la décision visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST N/objet] = « Rejet explicite de la demande » [**

* Vous n’êtes **pas d’accord avec la décision de rejet** de votre demande du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande]**]]**

**SI [CONTEST N/objet] = « Rejet implicite de la demande » [**

* **Vous n’avez pas reçu de réponse à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande]**]]**

**SI [CONTEST N/objet] = « Rejet explicite de la contestation »** *(1 seule occurrence par RAPO)* **[**

* Vous n’êtes **pas d’accord avec la décision de rejet** de votre Recours administratif préalable obligatoire du [RAPO *visé par la contestation*/date de réception]**]**

**SI [CONTEST N/objet] = « Rejet implicite de la contestation »** *(1 seule occurrence par RAPO)***[**

* **Vous n’avez pas reçu de réponse à votre demande de Recours administratif préalable obligatoire** du [RAPO *visé par la contestation*/date de réception]**]**

**SI [CONTEST N/objet] = « Clôture d'un droit » [**

* Vous n’êtes **pas d’accord avec la décision de clôture** concernant [DROIT *lié à la décision* *visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST N/objet] = « Non-attribution de droits » [**

**SI la contestation porte sur une demande [**

* **Vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision] **suite à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt]

**] SINON [**

* Vous n’êtes **pas d’accord avec la décision** du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision], car **vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision]

**]**

**]**

**]**

**La MDPH va vous mettre en relation avec un conciliateur. ]**

**Le conciliateur va commencer l’étude de votre demande et prendre contact avec vous.** Si besoin, il pourra vous demander d’autres documents.

Vous recevrez ensuite son **rapport de conciliation**.

Suite à cette conciliation, si vous n’êtes toujours pas d’accord avec **SI la conciliation comporte au moins 2 contestations [**une ou plusieurs de ces **décisions] SINON** **[**la **décision]**, vous pourrez faire un recours auprès de la MDPH ou du tribunal.

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

Votre avis est important pour nous. Vous pouvez répondre à l’enquête de satisfaction sur votre MDPH en vous connectant sur internet à l’adresse http://mamdph-monavis.fr/

* + 1. L’accusé de réception de la demande de RAPO

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre recours :**

**Accusé de réception du Recours Administratif Préalable Obligatoire pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH a bien reçu votre recours administratif le [RAPO/date de réception] concernant votre enfant. **]**

**] SINON [**

La MDPH a bien reçu votre recours administratif le [RAPO/date de réception]. **] ]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

La MDPH a bien reçu votre recours administratif le [RAPO/date de réception]. **]**

Vous avez déposé ce recours administratif à la MDPH car :

**POUR chaque [CONTEST 1 à n] [**

**SI [CONTEST N/objet] = « Modalité d'un droit attribué » [**

* Vous n’êtes **pas d’accord avec les modalités** fixées dans la décision du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision] concernant [DROIT *lié à la décision* *visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST N/objet] = « Rejet explicite de la demande » [**

* Vous n’êtes **pas d’accord avec la décision de rejet** de votre demande du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande]**]]**

**SI [CONTEST N/objet] = « Clôture d'un droit » [**

* Vous n’êtes **pas d’accord avec la décision de clôture** concernant [DROIT *lié à la décision* *visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST N/objet] = « Rejet implicite de la demande » [**

* **Vous n’avez pas reçu de réponse à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande]**]]**

**SI [CONTEST N/objet] = « Non-attribution de droits » [**

**SI la contestation porte sur une demande [**

* **Vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision] **suite à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt]

**] SINON [**

* Vous n’êtes **pas d’accord avec la décision** du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision], car **vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision]

**]**

**]**

**]**

La MDPH va commencer **l’étude de votre recours**. Si besoin, la MDPH pourra vous demander d’autres documents sur votre situation.

**SI (il existe dans le recours [CONTEST n/DECISION contestée/type de décision] = "Attribution" ET [DROIT associé à la décision contestée/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » OU « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » OU « Carte mobilité inclusion, Mention priorité »)**

**OU (il existe dans le recours [CONTEST n/DEM-COMP visée par la contestation/type de la demande] = "Carte mobilité inclusion - Invalidité ou priorité" OU "Carte mobilité inclusion - Stationnement")**

**OU (il existe dans le recours [CONTEST n/objet] = "non-attribution de droits" ET [CONTEST n/précision] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » OU « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » OU « Carte mobilité inclusion, Mention priorité » OU « Carte mobilité inclusion ») [**

Vous recevrez **dans un délai de 2 mois** un courrier de la MDPH pour vous informer des nouvelles décisions prises.**] SINON [**

Vous recevrez **dans un délai de 2 mois** un courrier de la MDPH pour vous informer des nouvelles décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).**]**

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

L’absence de réponse de la MDPH à votre recours dans un délai de 2 mois peut s’apparenter à une décision implicite de rejet de votre recours. À l’issue de ce délai de 2 mois, nous vous recommandons de contacter la MDPH pour vérifier où en est le traitement de votre recours.

Vous pourrez déposer un recours contentieux si la MDPH n’a pas apporté de réponse à votre recours administratif dans un délai de 2 mois suite à la réception de ce courrier. Vous devrez fournir la copie de cet accusé de réception lors du dépôt de votre recours.

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

Votre avis est important pour nous. Vous pouvez répondre à l’enquête de satisfaction sur votre MDPH en vous connectant sur internet à l’adresse http://mamdph-monavis.fr/

* + 1. La demande de pièces complémentaires

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/date de naissance]   **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [**   * **Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre recours :**

**Courrier de demande de pièces complémentaires pour le dossier de [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [[**Civilité du Destinataire**] [**Nom du Destinataire**],]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La MDPH a réalisé une première analyse de la situation de votre enfant suite à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception].

**] SINON [**

La MDPH a réalisé une première analyse de votre situation suite à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception] **]**

**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

La MDPH a réalisé une première analyse de la situation suite à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception].

**]**

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

Afin de préciser l’évaluation de votre situation, la MDPH a besoin des documents complémentaires suivants : **]**

**] SINON [**

Afin de préciser l’évaluation de votre situation, la MDPH a besoin du document complémentaire suivant : **]**

* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 1 n’a pas été reçue [[P-COMPL 1/nature] ]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation 2 n’a pas été reçue [[P-COMPL 2/nature] ]**
* **SI la pièce complémentaire pour évaluation N n’a pas été reçue [[P-COMPL N/nature] ]**

**SI au moins deux pièces complémentaires pour évaluation n’ont pas été reçues [**

**Vous devez envoyer ces documents à la MDPH avant le [date de réception attendue].**

**La MDPH ne pourra pas traiter votre recours sans ces documents.**

**Sans réponse de votre part, elle rejettera votre recours.**

**SI (il existe dans le recours [CONTEST n/DECISION contestée/type de décision] = "Attribution" ET [DROIT associé à la décision contestée/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » OU « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » OU « Carte mobilité inclusion, Mention priorité »)**

**OU (il existe dans le recours [CONTEST n/DEM-COMP visée par la contestation/type de la demande] = "Carte mobilité inclusion - Invalidité ou priorité" OU "Carte mobilité inclusion - Stationnement")**

**OU (il existe dans le recours [CONTEST n/objet] = "non-attribution de droits" ET [CONTEST n/précision] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » OU « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » OU « Carte mobilité inclusion, Mention priorité » OU « Carte mobilité inclusion ») [**

Vous recevrez **dans un délai de 2 mois** après l’envoi de ces pièces complémentaires un courrier de la MDPH pour vous informer des nouvelles décisions prises. **] SINON [**

Vous recevrez **dans un délai de 2 mois** après l’envoi de ces pièces complémentaires un courrier de la MDPH pour vous informer des nouvelles décisions prises par la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH). **]]**

**] SINON [**

**Vous devez envoyer ce document** **à la MDPH avant le [date de réception attendue].**

**La MDPH ne pourra pas traiter votre recours sans ce document.**

**Sans réponse de votre part, elle rejettera votre recours.**

**SI (il existe dans le recours [CONTEST n/DECISION contestée/type de décision] = "Attribution" ET [DROIT associé à la décision contestée/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » OU « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » OU « Carte mobilité inclusion, Mention priorité »)**

**OU (il existe dans le recours [CONTEST n/DEM-COMP visée par la contestation/type de la demande] = "Carte mobilité inclusion - Invalidité ou priorité" OU "Carte mobilité inclusion - Stationnement")**

**OU (il existe dans le recours [CONTEST n/objet] = "non-attribution de droits" ET [CONTEST n/précision] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » OU « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » OU « Carte mobilité inclusion, Mention priorité » OU « Carte mobilité inclusion ») [**

Vous recevrez **dans un délai de 2 mois** après l’envoi de cette pièce complémentaire un courrier de la MDPH pour vous informer des nouvelles décisions prises. **] SINON [**

Vous recevrez **dans un délai de 2 mois** après l’envoi de cette pièce complémentaire un courrier de la MDPH pour vous informer des nouvelles décisions prises par la commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées (CDAPH). **]]**

**]**

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

* + 1. La notification (hors CMI, scolarité, ESMS enfant et AVPF)

Les critères d’accès à cette partie du traitement des notifications, lorsque la réponse est le rejet de la contestation, sont par ordre de priorité :

* la **précision** de l’objet de la contestation, lorsque l'objet de la contestation est la **non-attribution de droits**,
* le type du droit attribué ou le type de la demande rejetée par la **décision** contestée,
* le type de la **demande** visée par la contestation.

1. Début du courrier

**Notification** (hors CMI, scolarité, ESMS enfant & AVPF) **[RAPO] – Début courrier**

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [individu/individu/identité/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre recours :**

**Notification de décision suite au Recours Administratif Préalable Obligatoire pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENT/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [[Civilité du Destinataire] [Nom du Destinataire],]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception] concernant votre enfant**.**

**] SINON [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception] **]**.**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception].**]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Modalité d'un droit attribué » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec les modalités** fixées dans la décision du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision] concernant [DROIT *lié à la décision* *visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Rejet explicite de la demande » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision de rejet** de votre demande du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande]**]**.**]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Clôture d'un droit » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision de clôture** concernant [DROIT *lié à la décision* *visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Rejet implicite de la demande » [**

**Vous n’aviez pas reçu de réponse à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande]**]**.**]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Non-attribution de droits » [**

**SI la contestation porte sur une demande [**

**Vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision] **suite à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt]

**] SINON [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision** du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision], car **vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision] **]**

**]**

**SI PPC envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

Vous avez reçu un plan personnalisé de compensation (PPC) rédigé par l’équipe pluridisciplinaire en charge de l’évaluation de votre recours administratif. **]**

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre recours administratif **SI PPC envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**et **SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**votrePPC**]** **SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**lePPC de votre enfant**]** **SINON [**lePPC**] ]** et a rendu sa décision le [DECISION/date de décision].

***\*\* Cas 1****- Réponse à la contestation = décision de rejet de la contestation, sans autre décision*

**SI [DECISION/type de décision] = « Rejet » ET il n’existe pas d’autre [DECISION n] [**

**SI il existe [DECISION** visée par la contestation**] [**

**La CDAPH rejette votre contestation et maintient sa décision.**

**] SINON [**

**La CDAPH rejette votre contestation. ]**

**SI [DEM-COMP** *à l’origine de la contestation***/Type de la demande] = « Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) et son complément » OU « Allocation aux adultes handicapés et complément de ressources – AAH » OU « Allocation aux adultes handicapés et complément de ressources – Complément de ressource »**

**[**Votre taux d’incapacité est [taux d’incapacité évalué par la MDPH]. **]**

**[DECISION** *de rejet***/motivation 1 à n]**

**]**

***\*\* Cas 2****- Réponse à la contestation = décision de rejet de la contestation + décision d’attribution d’un droit (cas où la décision contestée était une décision d'attribution)*

**SI [DECISION/type de décision] = « Rejet » ET il existe une autre [DECISION n] ET [DECISION n/type de décision] = « Attribution » [**

**La CDAPH rejette votre contestation et maintient sa décision.**

**[DECISION** *de rejet***/motivation 1 à n]**

**SI [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] = « AEEH de base » [**

**SI [AEEH-CPL** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**

**La CDAPH vous attribue pour votre enfant [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable à partir du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit]**.

Ce droit vous est attribué jusqu’aux 20 ans de votre enfant tant que sa situation ne change pas. Si sa situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de la situation.

**] SINON [**

**La CDAPH vous attribue pour votre enfant [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit]** au **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’échéance du droit]**. **]**

**] SINON [**

**SI ([DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] = « AAH L.821-1 » OU « ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) » OU « RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) » OU « Orientation professionnelle vers le marché du travail ») ET [DROIT** *lié à DECISION n***/sans limitation de durée\*] = Oui) [**

**La CDAPH vous attribue [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable à partir du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit]** et **sans limitation de durée**.

Ce droit vous est attribué tant que votre situation ne change pas. Si votre situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de votre situation.

**] SINON SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH vous attribue [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] au [DROIT** *lié à DECISION n***/date d’échéance du droit]**

**] SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH attribue à votre enfant [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] au [DROIT** *lié à DECISION n***/date d’échéance du droit]**

**] SINON [**

**La CDAPH attribue [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] au [DROIT** *lié à DECISION n***/date d’échéance du droit] ]**

Insérer ici **les détails propres aux droits « hors CMI et scolarité »** spécifiés dans les sections correspondantes de « la notification hors CMI et scolarité liée à la Demande de Compensation ».

Le [DROIT] et ses structures filles auxquelles il est fait référence dans ces sections sera en l’occurrence le [DROIT *lié à DECISION n*]

**]**

***\*\* Cas 3****- Réponse à la contestation = décision de clôture de droit*

**Si [DECISION/type de décision] = « Clôture de droit » [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle annule votre droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle met fin à votre droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle annule le droit de votre enfant à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle met fin au droit de votre enfant à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]]**

**Dans tous les autres cas [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle annule le droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle met fin au droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]]**

**]**

**SI [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] = « AEEH de base » OU « Complément 1 de l'AEEH » OU « Complément 2 de l'AEEH » OU « Complément 3 de l'AEEH » OU « Complément 4 de l'AEEH » OU « Complément 5 de l'AEEH » OU « Complément 6 de l'AEEH » [**

Le taux d’incapacité de votre enfant est [taux d’incapacité évalué par la MDPH]. **]**

**SI [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] = « AAH L.821-1 » OU « AAH L.821-2 » OU « CPR (Complément de ressources) » [**

Votre taux d’incapacité est [taux d’incapacité évalué par la MDPH]. **]**

[DECISION/motivation 1 à n]

**]**

***\*\* Cas 4****- Réponse à la contestation = décision d’attribution d’un droit*

**SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » ET il n’existe pas d’autre [DECISION n/type de décision] = « Rejet » [**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « AEEH de base » [**

**SI [AEEH-CPL/sans limitation de durée] = Oui [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle vous attribue pour votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable à partir du **[DROIT/date d’ouverture du droit]**.

Ce droit vous est attribué jusqu’aux 20 ans de votre enfant tant que sa situation ne change pas. Si sa situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de la situation.

**] SINON [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle vous attribue pour votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** au **[DROIT/date d’échéance du droit]**. **]**

**] SINON [**

**SI ([DROIT/type de droit et prestation] = « AAH L.821-1 » OU « ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) » OU « RQTH (Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) » OU « Orientation professionnelle vers le marché du travail ») ET [DROIT/sans limitation de durée\*] = Oui) [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle vous attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable à partir du **[DROIT/date d’ouverture du droit]** et **sans limitation de durée**.

Ce droit vous est attribué tant que votre situation ne change pas. Si votre situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de votre situation.

**] SINON SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle vous attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit]**

**] SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle attribue à votre enfant [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit]**

**] SINON [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle attribue [DROIT/type de droit et prestation] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit] au [DROIT/date d’échéance du droit] ]**

**]**

Appliquer ici les traitements prévus dans les parties « *Détails…* » de la section « *La notification (hors CMI, scolarité et AVPF)* » du chapitre « *Traitement de la Demande de Compensation* »

**]**

1. Fin du courrier

**SI [RAPO/statut] = « décidé » [**

La décision de la CDAPH du **[DECISION/date de décision]** termine le traitement de votre recours administratif.

**] SINON** **[**

Une prochaine réunion de la CDAPH permettra d’examiner le reste de votre recours administratif.**]**

**Notification** (hors CMI, scolarité, ESMS enfant & AVPF) **[RAPO] – Fin courrier**

Vous pouvez contester cette décision de la CDAPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

[Prénom président CDAPH][Nom président CDAPH], Président de la CDAPH

[Signature président CDAPH]

**SI [DECISION/Type décision] = « Attribution » ET SI [DROIT/type de droit et prestation] = « AAH L.821-1 » OU « AAH L.821-2 » [**

La décision d’attribution de l’AAH ouvre aux personnes en emploi ou en recherche d’emploi le bénéfice de l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés (article L5212-13 du code du travail) et peut servir d’attestation à ce titre, sans qu'il soit nécessaire d'accomplir une démarche supplémentaire de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.**]**

Conformément à l’article L. 114-1-1 du Code de l’action sociale et des familles, vous avez la possibilité de solliciter un plan d’accompagnement global auprès de la MDPH si l’orientation prévue par la décision de la CDAPH ne peut pas être mise en œuvre.

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision de la CDAPH suite à votre recours administratif, vous pouvez :** | |
| **Faire un recours contentieux** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision prise par la CDAPH après votre recours administratif et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par un tribunal**. |
| **Comment ?** | Selon le type de droits et prestations demandé, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif** pour : RQTH, orientation professionnelle :   → [Adresse TA]   * au **Tribunal Judiciaire** pour : AAH et CPR, AEEH et ses compléments, ACTP / ACFP, assurance vieillesse des parents au foyer, PCH, mesures relatives à la scolarisation de l’élève handicapé, orientation en établissements et services médico-sociaux :   → [Adresse TJ] |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception de la décision prise par la CDAPH après votre recours administratif.** |
| **À savoir** | Vous devez **remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par la CDAPH à la suite du recours administratif** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. |

* + 1. La notification concernant la scolarité et l’orientation ESMS enfant

Les critères d’accès à cette partie du traitement des notifications, lorsque la réponse est le rejet de la contestation, sont par ordre de priorité :

* la précision de l’objet de la contestation, lorsque l'objet de la contestation est la non-attribution de droits.
* le type du droit attribué ou le type de la demande rejetée par la **décision** contestée,
* le type de la **demande** visée par la contestation,

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [individu/individu/identité/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre recours :**

**Notification de décision suite au Recours Administratif Préalable Obligatoire pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENT/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [[Civilité du Destinataire] [Nom du Destinataire],]**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception] concernant votre enfant**.**

**] SINON [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception] **]**.**]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Modalité d'un droit attribué » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec les modalités** fixées dans la décision du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision] concernant [DROIT *lié à la décision* *visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Rejet explicite de la demande » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision de rejet** de votre demande du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande]**] ]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Clôture d'un droit » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision de clôture** concernant [DROIT *lié à la décision* *visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Rejet implicite de la demande » [**

**Vous n’aviez pas reçu de réponse à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique »** **[**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande]**]** **]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Non-attribution de droits » [**

**SI la contestation porte sur une demande [**

**Vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision] **suite à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt]

**] SINON [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision** du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision], car **vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision] **]**

**]**

**SI PPS envoyé ET SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

Vous avez reçu un projet personnalisé de scolarisation (PPS) rédigé par l’équipe pluridisciplinaire en charge de l’évaluation de votre demande. **]**

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre recours administratif **SI PPS envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution** » **[** et **[SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**votrePPS**]** **SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**lePPS de votre enfant**]** **SINON [**lePPS]**]** et a rendu sa décision le [DECISION/date de décision].

***\*\* Cas 1****- Réponse à la contestation = décision de rejet de la contestation, sans autre décision*

**SI ([DECISION/type de décision] = « Rejet » ET il n’existe pas d’autre [DECISION n] [**

**SI il existe [DECISION** visée par la contestation**] [**

**La CDAPH rejette votre contestation et maintient sa décision.**

**] SINON [**

**La CDAPH rejette votre contestation. ]**

**[DECISION** *de rejet***/motivation 1 à n]**

**]**

***\*\* Cas 2****- Réponse à la contestation = décision de rejet de la contestation + décision d’attribution d’un droit (cas où la décision contestée était une décision d'attribution)*

**SI [DECISION/type de décision] = « Rejet » ET il existe une autre [DECISION n] ET [DECISION n/type de décision] = « Attribution » [**

**La CDAPH rejette votre contestation et maintient sa décision.**

**[DECISION** *de rejet***/motivation 1 à n]**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

La CDAPH attribue à votre enfant : **] SINON [**

La CDAPH attribue : **]**

* **[DROIT/type de droit et prestation 1] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit 1] au [DROIT/date d’échéance du droit 1].**

*[DECISION/motivation 1 à n]*

*[DECISION/précision 1 à n]*

* **[DROIT/type de droit et prestation 2] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit 2] au [DROIT/date d’échéance du droit 2].**

*[DECISION/motivation 1 à n]*

*[DECISION/précision 1 à n]*

* **[DROIT/type de droit et prestation N] SI [DROIT/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable du **[DROIT/date d’ouverture du droit N] au [DROIT/date d’échéance du droit N].**

*[DECISION/motivation 1 à n]*

*[DECISION/précision 1 à n]*

Appliquer ici les traitements prévus dans la « *Partie attribution* » de la section « *La notification concernant la scolarité et l’orientation ESMS enfant* » du chapitre « *Traitement de la Demande de Compensation* »

**]**

***\*\* Cas 3****- Réponse à la contestation = décision de clôture de droit*

**SI [DECISION/type de décision] = « Clôture de droit » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle annule le droit de votre enfant à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle met fin au droit de votre enfant à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]**

**] SINON [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle annule le droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle met fin au droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit]]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture].]]**

[DECISION/motivation 1 à n]

**]**

***\*\* Cas 4****- Réponse à la contestation = décision d’attribution d’un droit*

**SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » ET il n’existe pas d’autre [DECISION n/type de décision] = « Rejet » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle attribue à votre enfant** : **] SINON [**

**La CDAPH fait évoluer sa décision, elle attribue** :

Appliquer ici les traitements prévus dans « Partie attribution » de la section « Notification concernant la scolarité » du chapitre « Traitement de la Demande de Compensation »

**]**

**SI [RAPO/statut] = « décidé » [**

La décision de la CDAPH du **[DECISION/date de décision]** termine le traitement de votre recours administratif.

**] SINON** **[**

Une prochaine réunion de la CDAPH permettra d’examiner le reste de votre recours administratif.**]**

Vous pouvez contester cette décision de la CDAPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

*[Prénom président CDAPH] [Nom président CDAPH], Président de la CDAPH*

*[Signature président CDAPH]*

Conformément à l’article L. 114-1-1 du Code de l’action sociale et des familles, vous avez la possibilité de solliciter un plan d’accompagnement global auprès de la MDPH si l’orientation prévue par la décision de la CDAPH ne peut pas être mise en œuvre.

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

**]**

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision de la CDAPH suite à votre recours administratif, vous pouvez :** | |
| **Faire un recours contentieux** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision prise par la CDAPH après votre recours administratif et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par un tribunal**. |
| **Comment ?** | Selon le type de droits et prestations demandé, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif** pour : RQTH, orientation professionnelle :   → [Adresse TA]   * au **Tribunal Judiciaire** pour : AAH et CPR, AEEH et ses compléments, ACTP / ACFP, assurance vieillesse des parents au foyer, PCH, mesures relatives à la scolarisation de l’élève handicapé, orientation en établissements et services médico-sociaux :   → [Adresse TJ] |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception de la décision prise par la CDAPH après votre recours administratif.** |
| **À savoir** | Vous devez **remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par la CDAPH à la suite du recours administratif** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. |

* + 1. La notification concernant la CMI

Les critères d’accès à cette partie du traitement des notifications, lorsque la réponse est le rejet de la contestation, sont par ordre de priorité :

* la précision de l’objet de la contestation, lorsque l'objet de la contestation est la non-attribution de droits.
* le type du droit attribué ou le type de la demande rejetée par la décision contestée,
* le type de la demande visée par la contestation,

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [individu/individu/identité/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre recours :**

**Notification de décision suite au Recours Administratif Préalable Obligatoire pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENT/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [[Civilité du Destinataire] [Nom du Destinataire],]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception] concernant votre enfant**.**

**] SINON [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception] **]**.**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception].**]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Modalité d'un droit attribué » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec les modalités** fixées dans la décision du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision] concernant [DROIT *lié à la décision* *visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Rejet explicite de la demande » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision de rejet** de votre demande du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande] **]]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Clôture d'un droit » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision de clôture** concernant [DROIT *lié à la décision* *visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Rejet implicite de la demande » [**

**Vous n’aviez pas reçu de réponse à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande]**]]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Non-attribution de droits » [**

**SI la contestation porte sur une demande [**

**Vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision] **suite à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt]

**] SINON [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision** du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision], car **vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision]**]**

Le Président du Conseil départemental a examiné votre recours administratif et a rendu sa décision le [DECISION/date de décision].

***\*\* Cas 1****- Réponse à la contestation = décision de rejet de la contestation, sans autre décision*

**SI** **[DECISION/type de décision] = « Rejet » ET il n’existe pas d’autre [DECISION n] [**

**SI [DECISION** visée par la contestation**] existe [**

**Le Président du Conseil départemental rejette votre contestation et maintient sa décision.**

**] SINON [**

**Le Président du Conseil départemental rejette votre contestation. ]**

**[DECISION** *de rejet***/motivation 1 à n]**

**]**

***\*\* Cas 2****- Réponse à la contestation = décision de rejet de la contestation + décision d’attribution d’un droit (cas où la décision contestée était une décision d'attribution)*

**SI [DECISION/type de décision] = « Rejet » ET il existe une autre [DECISION n] ET [DECISION n/type de décision] = « Attribution » [**

**Le Président du Conseil départemental rejette votre contestation et maintient sa décision.**

**[DECISION** *de rejet***/motivation 1 à n]**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**Le Président du Conseil départemental vous attribue [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**à partir**]** du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**et **sans limitation de durée] SINON [**au **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] ]**.

**SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**

Ce droit vous est attribué tant que votre situation ne change pas. Si votre situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de votre situation. **]**

**SI ([DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » ET [DET-CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/mention] ≠ « Sans mention complémentaire ») [**

La sous-mention « [DET-CMI *du DROIT lié à DECISION n*/mention] » sera apposée sur votre CMI. **]**

**SI [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] ≠ « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement ET (la personne n’est pas bénéficiaire de l’APA OU sa perte d’autonomie n’est pas évaluée en GIR 1 ou en GIR 2) [**

Votre taux d’incapacité est **[CMI/taux incapacité]**. **] ]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**Le Président du Conseil départemental attribue à votre enfant [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**à partir**]** du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**et **sans limitation de durée] SINON [**au **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] ]**.

**SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**

Ce droit lui est attribué tant que sa situation ne change pas. Si sa situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de sa situation. **]**

**SI ([DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » ET [DET-CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/mention] ≠ « Sans mention complémentaire ») [**

La sous-mention « [DET-CMI *du DROIT lié à DECISION n*/mention] » sera apposée sur la CMI de votre enfant.

**SI [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] ≠ « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement [**

Le taux d’incapacité de votre enfant est **[CMI/taux incapacité]**. **] ]**

**Dans tous les autres cas [**

**Le Président du Conseil départemental attribue [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**à partir**]** du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**et **sans limitation de durée] SINON [**au **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] ]**.

**SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**

Ce droit est attribué tant que la situation ne change pas. Si la situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de la situation. **]**

**SI ([DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » ET [DET-CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/mention] ≠ « Sans mention complémentaire ») [**

La sous-mention « [DET-CMI *du DROIT lié à DECISION n*/mention] » sera apposée sur la CMI. **]**

**SI [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] ≠ « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement [**

Le taux d’incapacité est **[CMI/taux incapacité]**. **] ]**

**]**

[DECISION n/motivation 1 à n]

[DECISION n/précision 1 à n]

**SI [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention priorité » [**

Cette carte permet d’obtenir une priorité d’accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d’attente tant pour son titulaire que pour la personne qui l’accompagne dans ses déplacements ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. Elle permet également d’obtenir une priorité dans les files d’attente.

**Vous recevrez prochainement un courrier vous indiquant les modalités à suivre pour recevoir la carte.** La fabrication de la carte est confiée à l’Imprimerie nationale. **]**

**SI [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » [**

Cette carte permet d’obtenir une priorité d’accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d’attente tant pour son titulaire que pour la personne qui l’accompagne dans ses déplacements ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. Elle permet également d’obtenir une priorité dans les files d’attente, de bénéficier de réductions fiscales et d’avantages commerciaux.

**Vous recevrez prochainement un courrier vous indiquant les modalités à suivre pour recevoir la carte.** La fabrication de la carte est confiée à l’Imprimerie nationale. **]**

**SI [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » [**

Cette carte vous permet d’utiliser, dans les parcs de stationnement automobiles, les places réservées ou spécialement aménagées à cet effet, et de bénéficier des dispositions qui peuvent être prises en faveur des personnes handicapées par les autorités compétentes en matière de circulation et de stationnement.

Conformément à l’article R. 241-17 du code de l’action sociale et des familles, cette carte doit être apposée à l’avant du véhicule utilisé pour votre transport et du côté passager. Le côté recto de la carte sur lequel figure le flash code doit être fixé contre le pare-brise, de manière à être contrôlé aisément par les agents habilités.

Tout usage indu de cette carte sera sanctionné par une peine d’amende prévue pour les contraventions de 5ème classe (article R.241-22 du code de l’action sociale et des familles). **]**

**Vous recevrez prochainement un courrier vous indiquant les modalités à suivre pour recevoir la carte.** La fabrication de la carte est confiée à l’Imprimerie nationale.

**SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Non [**

**Au minimum quatre mois avant la date d’expiration de votre carte**, il vous appartiendra de déposer une nouvelle demande pour la renouveler. **]**

**]**

**]**

***\*\* Cas 3****- Réponse à la contestation = décision de clôture de droit*

**SI [DECISION/type de décision] = « Clôture de droit » [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**Le Président du Conseil départemental fait évoluer sa décision, il annule votre droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**Le Président du Conseil départemental fait évoluer sa décision, il met fin à votre droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit] ]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture]. ]**

**SI [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] ≠ « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement ET (la personne n’est pas bénéficiaire de l’APA OU sa perte d’autonomie n’est pas évaluée en GIR 1 ou en GIR 2) [**

Votre taux d’incapacité est **[taux d’incapacité évalué par la MDPH]**. **] ]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**Le Président du Conseil départemental fait évoluer sa décision, il annule le droit de votre enfant à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**Le Président du Conseil départemental fait évoluer sa décision, il met fin au droit de votre enfant à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit] ]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture]. ]**

**SI [DROIT**clôturé**/type de droit et prestation] ≠ « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement [**

Le taux d’incapacité de votre enfant est **[taux d’incapacité évalué par la MDPH]**. **] ]**

**Dans tous les autres cas [**

**SI [DROIT** clôturé**/droit annulé] = « Oui » OU [DECISION/date d’effet de la décision de clôture = DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] [**

**Le Président du Conseil départemental fait évoluer sa décision, il annule le droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable à partir du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit].**

**] SINON [**

**Le Président du Conseil départemental fait évoluer sa décision, il met fin au droit à [DROIT** clôturé**/type de droit et prestation] qui était valable SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [à partir] du [DROIT** clôturé**/date d’ouverture du droit] SI [DROIT** clôturé**/sans limitation de durée\*] = « Oui » [et sans limitation de durée] SINON [au** **[DROIT** clôturé**/date d’échéance du droit] ]**. **Ce droit n’est plus valable à compter du [DECISION/date d'effet de la décision de clôture]. ]**

**SI [DROIT**clôturé**/type de droit et prestation] ≠ « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement [**

Le taux d’incapacité est **[taux d’incapacité évalué par la MDPH]**. **] ]**

**]**

[DECISION/motivation 1 à n]

**]**

***\*\* Cas 4****- Réponse à la contestation = décision d’attribution d’un droit*

**SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » ET il n’existe pas d’autre [DECISION n/type de décision] = « Rejet » [**

**SELON la situation du bénéficiaire [**

**CAS 1 : le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**

**Le Président du Conseil départemental fait évoluer sa décision, il vous attribue [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**à partir**]** du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**et **sans limitation de durée] SINON [**au **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] ]**.

**SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**

Ce droit vous est attribué tant que votre situation ne change pas. Si votre situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de votre situation. **]**

**SI ([DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » ET [DET-CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/mention] ≠ « Sans mention complémentaire ») [**

La sous-mention « [DET-CMI *du DROIT lié à DECISION n*/mention] » sera apposée sur votre CMI. **]**

**SI [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] ≠ « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement ET (la personne n’est pas bénéficiaire de l’APA OU sa perte d’autonomie n’est pas évaluée en GIR 1 ou en GIR 2) [**

Votre taux d’incapacité est **[CMI/taux incapacité]**. **] ]**

**CAS 2 : le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

**Le Président du Conseil départemental fait évoluer sa décision, il attribue à votre enfant [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**à partir**]** du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**et **sans limitation de durée] SINON [**au **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] ]**.

**SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**

Ce droit lui est attribué tant que sa situation ne change pas. Si sa situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de sa situation. **]**

**SI ([DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » ET [DET-CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/mention] ≠ « Sans mention complémentaire ») [**

La sous-mention « [DET-CMI *du DROIT lié à DECISION n*/mention] » sera apposée sur la CMI de votre enfant.

**SI [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] ≠ « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement [**

Le taux d’incapacité de votre enfant est **[CMI/taux incapacité]**. **] ]**

**Dans tous les autres cas [**

**Le Président du Conseil départemental fait évoluer sa décision, il attribue [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Renouvellement » [**(renouvellement)**] SI [DROIT** *lié à DECISION n***/nature] = « Révision » [**(révision)**]** qui est valable **SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**à partir**]** du **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**et **sans limitation de durée] SINON [**au **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] ]**.

**SI [CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/sans limitation de durée] = Oui [**

Ce droit est attribué tant que la situation ne change pas. Si la situation évolue, veuillez contacter la MDPH. La MDPH pourra modifier les droits attribués après réévaluation de la situation. **]**

**SI ([DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » ET [DET-CMI** *du DROIT lié à DECISION n***/mention] ≠ « Sans mention complémentaire ») [**

La sous-mention « [DET-CMI *du DROIT lié à DECISION n*/mention] » sera apposée sur la CMI. **]**

**SI [DROIT** *lié à DECISION n***/type de droit et prestation] ≠ « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement [**

Le taux d’incapacité est **[CMI/taux incapacité]**. **] ]**

**]**

[DECISION/motivation 1 à n]

[DECISION/précision 1 à n]

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention priorité » [**

Cette carte permet d’obtenir une priorité d’accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d’attente tant pour son titulaire que pour la personne qui l’accompagne dans ses déplacements ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. Elle permet également d’obtenir une priorité dans les files d’attente.

**Vous recevrez prochainement un courrier vous indiquant les modalités à suivre pour recevoir la carte.** La fabrication de la carte est confiée à l’Imprimerie nationale. **]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » [**

Cette carte permet d’obtenir une priorité d’accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d’attente tant pour son titulaire que pour la personne qui l’accompagne dans ses déplacements ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. Elle permet également d’obtenir une priorité dans les files d’attente, de bénéficier de réductions fiscales et d’avantages commerciaux.

**Vous recevrez prochainement un courrier vous indiquant les modalités à suivre pour recevoir la carte.** La fabrication de la carte est confiée à l’Imprimerie nationale. **]**

**SI [DROIT/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention stationnement » [**

Cette carte vous permet d’utiliser, dans les parcs de stationnement automobiles, les places réservées ou spécialement aménagées à cet effet, et de bénéficier des dispositions qui peuvent être prises en faveur des personnes handicapées par les autorités compétentes en matière de circulation et de stationnement.

Conformément à l’article R. 241-17 du code de l’action sociale et des familles, cette carte doit être apposée à l’avant du véhicule utilisé pour votre transport et du côté passager. Le côté recto de la carte sur lequel figure le flash code doit être fixé contre le pare-brise, de manière à être contrôlé aisément par les agents habilités.

Tout usage indu de cette carte sera sanctionné par une peine d’amende prévue pour les contraventions de 5ème classe (article R.241-22 du code de l’action sociale et des familles). **]**

**Vous recevrez prochainement un courrier vous indiquant les modalités à suivre pour recevoir la carte.** La fabrication de la carte est confiée à l’Imprimerie nationale.

**SI [CMI/sans limitation de durée] = Non [**

**Au minimum quatre mois avant la date d’expiration de votre carte**, il vous appartiendra de déposer une nouvelle demande pour la renouveler. **]**

**]**

Vous pouvez contester cette décision pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

Le Président du Conseil départemental

Pour le Président du Conseil départemental et par délégation [Signature président CDAPH]

**SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » ET [DROIT/type de droit et prestation] = « Carte mobilité inclusion, Mention invalidité » [**

La décision d’attribution de la CMI invalidité ouvre aux personnes en emploi ou en recherche d’emploi le bénéfice de l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés (article L5212-13 du code du travail) et peut servir d’attestation à ce titre, sans qu'il soit nécessaire d'accomplir une démarche supplémentaire de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. **]**

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision du Président du Conseil départemental suite à votre recours administratif, vous pouvez :** | |
| **Faire un recours contentieux** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision prise par le Président du Conseil départemental après votre recours administratif et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par un tribunal**. |
| **Comment ?** | Selon le type de droits et prestations demandé, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif** pour : **la carte mobilité inclusion, mention « Stationnement »,** l’APA et à l’aide sociale à l’hébergement :   → [Adresse TA]   * au **Tribunal Judiciaire** pour : l’obligation alimentaire, le recours en succession, les **cartes mobilité inclusion, mention « Invalidité » ou mention « Priorité »** :   → [Adresse TJ] |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception de la décision prise par le Président du Conseil départemental après votre recours administratif.** |
| **À savoir** | Vous devez **remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par le Président du Conseil départemental à la suite du recours administratif** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. |

* + 1. La notification concernant l’AVPF

Les critères d’accès à cette partie du traitement des notifications, lorsque la réponse est le rejet de la contestation, sont par ordre de priorité :

* la précision de l’objet de la contestation, lorsque l'objet de la contestation est la non-attribution de droits.
* le type du droit attribué ou le type de la demande rejetée par la décision contestée,
* le type de la demande visée par la contestation,

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance] * **SI [individu/individu/identité/NIR] ≠ *non renseigné* [ Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR] **]** |  |

**Les étapes de votre recours :**

**Notification d’avis suite au Recours Administratif Préalable Obligatoire pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENT/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [[Civilité du Destinataire] [Nom du Destinataire],]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = « Habilitation familiale » OU « Autorité parentale partagée » OU « Autorité parentale partagée et parents séparés » OU « Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » OU « Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne » OU « Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants » [**

**SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception] concernant votre enfant**.**

**] SINON [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception] **]**.**]**

**SI [PROTEC/type de mesure] = autres cas [**

Ce courrier de notification vient en réponse à votre recours administratif déposé le [RAPO/date de réception].**]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Modalité d'un droit attribué » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec les modalités** fixées dans la décision du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision] concernant [DROIT *lié à la décision* *visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Rejet explicite de la demande » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision de rejet** de votre demande du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande]**]**.**]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Clôture d'un droit » [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision de clôture** concernant [DROIT *lié à la décision* *visée par la contestation*/type de droit et prestation] **]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Rejet implicite de la demande » [**

**Vous n’aviez pas reçu de réponse à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt] **SI [DEM-COMP** visée par la contestation**/type de la demande] ≠ « Demande générique » [**portant sur [DEM-COMP *visée par la contestation*/type de la demande]**]**.**]**

**SI [CONTEST à l’origine de la décision/objet] = « Non-attribution de droits » [**

**SI la contestation porte sur une demande [**

**Vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision] **suite à votre demande** du [DEM-COMP *visée par la contestation*/date de dépôt]

**] SINON [**

Vous n’étiez **pas d’accord avec la décision** du [DECISION *visée par la contestation*/date de décision], car **vous souhaitiez obtenir** [CONTEST à l’origine de la décision/précision]**]]**

**SI PPC envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**

Vous avez reçu un plan personnalisé de compensation (PPC) rédigé par l’équipe pluridisciplinaire en charge de l’évaluation de votre recours administratif. **]**

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a examiné votre recours administratif **SI PPC envoyé ET [DECISION/type de décision] = « Attribution » [**et **SI le bénéficiaire est un adulte ou un mineur émancipé [**votrePPC**]** **SINON SI le bénéficiaire est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe [**lePPC de votre enfant**]** **SINON [**lePPC**] ]** et a rendu son avis le [DECISION/date de décision].

***\*\* Cas 1****- Réponse à la contestation = décision de rejet de la contestation, sans autre décision*

**SI [DECISION/type de décision] = « Rejet » ET il n’existe pas une autre [DECISION n] [**

**SI il existe [DECISION** visée par la contestation**] [**

**La CDAPH rejette votre contestation et maintient sa décision.**

**] SINON [**

**La CDAPH rejette votre contestation. ]**

**[DECISION** *de rejet***/motivation 1 à n]**

**]**

***\*\* Cas 2****- Réponse à la contestation = décision de rejet de la contestation + décision d’attribution d’un droit (cas où la décision contestée était une décision d'attribution)*

**SI [DECISION/type de décision] = « Rejet » ET il existe une autre [DECISION n] ET [DECISION n/type de décision] = « Attribution » [**

**La CDAPH rejette votre contestation et maintient son avis.**

**[DECISION** *de rejet***/motivation 1 à n]**

**La CDAPH a reconnu que vous avez besoin d'un aidant familial pour vous aider à votre domicile du** **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] au [DROIT** *lié à DECISION n***/date d’échéance du droit]**

En application de l’article L381-1 du code de la sécurité sociale, votre aidant peut bénéficier de l’affiliation gratuite à l’assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) sous certaines conditions qui seront vérifiées par **SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [**votre organisme de prestations sociales (CAF ou MSA) **] SINON [[ORG-PAY/nom organisme]]**.

[DECISION/précision 1 à n]

**Vous devez présenter cette notification à SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [la CAF ou à la MSA] SINON [[ORG-PAY/nom organisme** *(libellé court)***]]** pour faire valoir ce droit.

**SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [**La CAF ou la MSA**] SINON [**[ORG-PAY/nom organisme *(libellé court)*]**]** vous demandera d’identifier la tierce personne à qui s’appliquera l’AVPF.

Pour rappel, l’AVPF permet la continuité des droits à la retraite des personnes qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s’occuper d’un ou plusieurs enfants ou d’une personne handicapée.

**]**

**]**

***\*\* Cas 4****- Réponse à la contestation = décision d’attribution d’un droit*

**SI [DECISION/type de décision] = « Attribution » ET il n’existe pas d’autre [DECISION n/type de décision] = « Rejet » [**

**La CDAPH fait évoluer son avis, elle a reconnu que vous avez besoin d'un aidant familial pour vous aider à votre domicile du** **[DROIT** *lié à DECISION n***/date d’ouverture du droit] au [DROIT** *lié à DECISION n***/date d’échéance du droit]**

En application de l’article L381-1 du code de la sécurité sociale, votre aidant peut bénéficier de l’affiliation gratuite à l’assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) sous certaines conditions qui seront vérifiées par **SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [**votre organisme de prestations sociales (CAF ou MSA) **] SINON [[ORG-PAY/nom organisme]]**.

[DECISION/précision 1 à n]

**Vous devez présenter cette notification à SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [la CAF ou à la MSA] SINON [[ORG-PAY/nom organisme** *(libellé court)***]]** pour faire valoir ce droit.

**SI [ORG-PAY/nom organisme] = « Autre » OU *non renseigné* [**La CAF ou la MSA**] SINON [**[ORG-PAY/nom organisme *(libellé court)*]**]** vous demandera d’identifier la tierce personne à qui s’appliquera l’AVPF.

Pour rappel, l’AVPF permet la continuité des droits à la retraite des personnes qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s’occuper d’un ou plusieurs enfants ou d’une personne handicapée.**]**

**SI [RAPO/statut] = « décidé » [**

La décision de la CDAPH du **[DECISION/date de décision]** termine le traitement de votre recours administratif.

**] SINON** **[**

Une prochaine réunion de la CDAPH permettra d’examiner le reste de votre recours administratif.**]**

Vous pouvez contester cette décision de la CDAPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

[Prénom président CDAPH][Nom président CDAPH], Président de la CDAPH

[Signature président CDAPH]

Conformément à l’article L. 114-1-1 du Code de l’action sociale et des familles, vous avez la possibilité de solliciter un plan d’accompagnement global auprès de la MDPH si l’orientation prévue par la décision de la CDAPH ne peut pas être mise en œuvre.

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision de la CDAPH suite à votre recours administratif, vous pouvez :** | |
| **Faire un recours contentieux** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision prise par la CDAPH après votre recours administratif et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par un tribunal**. |
| **Comment ?** | Selon le type de droits et prestations demandé, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif** pour : RQTH, orientation professionnelle :   → [Adresse TA]   * au **Tribunal Judiciaire** pour : AAH et CPR, AEEH et ses compléments, ACTP / ACFP, assurance vieillesse des parents au foyer, PCH, mesures relatives à la scolarisation de l’élève handicapé, orientation en établissements et services médico-sociaux :   → [Adresse TJ] |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception de la décision prise par la CDAPH après votre recours administratif.** |
| **À savoir** | Vous devez **remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par la CDAPH à la suite du recours administratif** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. |

* 1. Traitement de la MISPE
     1. La prescription de MISPE en phase d’évaluation

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance]   **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [**   * **Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR]**]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Proposition de mise en situation en milieu professionnel suite à la demande pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné***

**[**Madame, Monsieur,**]** **SINON [**[**Civilité du Destinataire**][**Nom du Destinataire**]**,]**

Vous avez envoyé une demande à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) le [demande de compensation ou de révision associée à la sollicitation de MISPE/date de dépôt].

La MDPH a réalisé une première évaluation de votre situation et souhaite obtenir des informations complémentaires pour vous proposer une réponse adaptée.

**Le Directeur de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) vous propose d’effectuer une mise en situation en milieu professionnel en Établissement et service d’aide par le travail (ESAT).**

Cette mise en situation vous permettra de découvrir le fonctionnement d’un ESAT et son secteur d’activité, et vous permettra de préciser votre projet professionnel.

Cette mise en situation durera 10 jours maximum. Elle est renouvelable une fois.

Voici la structure que le Directeur de la MDPH a désignée :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** | **Adresse** | D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png | D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png |
| [MISPE/ESAT d’accueil/nom] | [MISPE/ESAT d’accueil /Adresse] | [MISPE/ESAT d’accueil /téléphone] | [MISPE/ESAT d’accueil /courriel] |

**Vous devez prendre contact avec cette structure** pour mettre en place votre orientation.

Vous trouverez plus d’informations dans la convention jointe à ce courrier.

*[SOL MISPE/motivation 1 à n]*

*[SOL-MISPE/précision 1 à n]*

Vous pouvez contester cette décision du Directeur de la MDPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision du directeur de la MDPH, vous pouvez :** | |
| **Soit, faire une demande de conciliation** | |
| **Pourquoi ?** | Vous souhaitez donner plus d’informations sur votre situation et **avoir plus d’explications sur la décision** prise par le directeur de la MDPH. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH  **Le directeur de la** **MDPH désigne une personne indépendante** chargée de la conciliation. |
| **Quand ?** | Dans les 2 mois après réception de la décision par la MDPH. |
| **À savoir** | La personne indépendante chargée de la conciliation va rédiger un rapport à la fin de la conciliation.  A réception du rapport de conciliation, si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision, vous avez la possibilité de faire un recours administratif.  La procédure de conciliation suspend le délai de recours. |
| **Soit, faire un recours administratif** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes pas d’accord avec la décision et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par le directeur de la MDPH**. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH.  La juridiction administrative peut également être saisie de façon dématérialisée par l'application « Télérecours citoyens », accessible par le site internet www.telerecours.fr. |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception du courrier de la MDPH.** |
| **À savoir** | Vous devez **joindre à votre recours administratif une copie de la décision du directeur de la MDPH que vous souhaitez contester** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles.  Si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision du directeur de la MDPH après le recours administratif, vous pouvez faire un recours contentieux dans un délai de 2 mois.  À noter que l’absence de réponse à votre recours administratif dans un délai de 2 mois vaut rejet. Cette décision implicite de rejet est également susceptible de recours contentieux.  **Ce recours administratif est dit Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) car il précède obligatoirement le** **recours contentieux.**  Si vous voulez faire un recours contentieux, vous devez remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par le directeur de la MDPH à la suite du recours administratif ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. Dans le cas où aucune décision n’a été prise par le directeur de la MDPH dans un délai de 2 mois après votre recours administratif, vous devez joindre l'accusé de réception par la MDPH de votre recours administratif.  Pour une mise en situation professionnelle en ESAT, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif**   → [Adresse TA] |

* + 1. La prescription de MISPE en phase post-décision

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance]   **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [**   * **Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR]**]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Proposition de mise en situation en milieu professionnel suite à la demande pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné***

**[**Madame, Monsieur,**]** **SINON [**[**Civilité du Destinataire**][**Nom du Destinataire**]**,]**

Une décision a déjà été prise pour pour votre orientation professionnelle. Pour faciliter la mise en place de cette orientation, **le Directeur de la MDPH vous propose d’effectuer une mise en situation en milieu professionnel en Établissement et service d’aide par le travail (ESAT).**

Cette mise en situation vous permettra de découvrir le fonctionnement d’un ESAT et son secteur d’activité, et vous permettra de préciser votre projet professionnel.

Cette mise en situation durera 10 jours maximum. Elle est renouvelable une fois.

Voici la structure que le Directeur de la MDPH a désignée :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la structure** | **Adresse** | D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png | D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png |
| [MISPE/ESAT d’accueil/nom] | [MISPE/ESAT d’accueil /Adresse] | [MISPE/ESAT d’accueil /téléphone] | [MISPE/ESAT d’accueil /courriel] |

**Vous devez prendre contact avec cette structure** pour mettre en place votre orientation.

Vous trouverez plus d’informations dans la convention jointe à ce courrier.

*[SOL-MISPE/motivation 1 à n]*

*[SOL-MISPE/précision 1 à n]*

Vous pouvez contester cette décision du Directeur de la MDPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision du directeur de la MDPH, vous pouvez :** | |
| **Soit, faire une demande de conciliation** | |
| **Pourquoi ?** | Vous souhaitez donner plus d’informations sur votre situation et **avoir plus d’explications sur la décision** prise par le directeur de la MDPH. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH  **Le directeur de la** **MDPH désigne une personne indépendante** chargée de la conciliation. |
| **Quand ?** | Dans les 2 mois après réception de la décision par la MDPH. |
| **À savoir** | La personne indépendante chargée de la conciliation va rédiger un rapport à la fin de la conciliation.  A réception du rapport de conciliation, si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision, vous avez la possibilité de faire un recours administratif.  La procédure de conciliation suspend le délai de recours. |
| **Soit, faire un recours administratif** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes pas d’accord avec la décision et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par le directeur de la MDPH**. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH.  La juridiction administrative peut également être saisie de façon dématérialisée par l'application « Télérecours citoyens », accessible par le site internet www.telerecours.fr. |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception du courrier de la MDPH.** |
| **À savoir** | Vous devez **joindre à votre recours administratif une copie de la décision du directeur de la MDPH que vous souhaitez contester** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles.  Si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision du directeur de la MDPH après le recours administratif, vous pouvez faire un recours contentieux dans un délai de 2 mois.  À noter que l’absence de réponse à votre recours administratif dans un délai de 2 mois vaut rejet. Cette décision implicite de rejet est également susceptible de recours contentieux.  **Ce recours administratif est dit Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) car il précède obligatoirement le** **recours contentieux.**  Si vous voulez faire un recours contentieux, vous devez remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par le directeur de la MDPH à la suite du recours administratif ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. Dans le cas où aucune décision n’a été prise par le directeur de la MDPH dans un délai de 2 mois après votre recours administratif, vous devez joindre l'accusé de réception par la MDPH de votre recours administratif.  Pour une mise en situation professionnelle en ESAT, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif**   → [Adresse TA] |

* + 1. Le rejet de la demande de MISPE (MISPE sollicitée par l’usager)

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance]   **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [**   * **Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR]**]** |  |

**Les étapes de votre demande :**

**Rejet de la demande de mise en situation en milieu professionnel pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné***

**[**Madame, Monsieur,**]** **SINON [**[**Civilité du Destinataire**][**Nom du Destinataire**]**,]**

Ce courrier vient en réponse à votre demande déposée le [SOL-MISPE/date de la sollicitation]**.**

Le Directeur de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) a examiné votre demande de mise en situation en milieu professionnel en Établissement et service d’aide par le travail (ESAT) et a rendu sa décision le [SOL-MISPE/date de réponse].

**Le Directeur de la MDPH rejette votre demande.**

*[SOL-MISPE/motivation 1 à n]*

*[SOL-MISPE/précision 1 à n]*

Vous pouvez contester cette décision du Directeur de la MDPH pendant les 2 prochains mois comme indiqué à la dernière page de ce courrier.

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

Les informations personnelles recueillies par la MDPH [département] lors de l’examen, du traitement et du suivi de votre demande font l’objet d’un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la Loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande à : [contact DPO].

|  |  |
| --- | --- |
| **Si vous n’êtes pas d’accord avec la décision du directeur de la MDPH, vous pouvez :** | |
| **Soit, faire une demande de conciliation** | |
| **Pourquoi ?** | Vous souhaitez donner plus d’informations sur votre situation et **avoir plus d’explications sur la décision** prise par le directeur de la MDPH. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH  **Le directeur de la** **MDPH désigne une personne indépendante** chargée de la conciliation. |
| **Quand ?** | Dans les 2 mois après réception de la décision par la MDPH. |
| **À savoir** | La personne indépendante chargée de la conciliation va rédiger un rapport à la fin de la conciliation.  A réception du rapport de conciliation, si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision, vous avez la possibilité de faire un recours administratif.  La procédure de conciliation suspend le délai de recours. |
| **Soit, faire un recours administratif** | |
| **Pourquoi ?** | Vous n’êtes pas d’accord avec la décision et **vous souhaitez que votre demande soit réexaminée par le directeur de la MDPH**. |
| **Comment ?** | Par un écrit remis ou adressé à la MDPH.  La juridiction administrative peut également être saisie de façon dématérialisée par l'application « Télérecours citoyens », accessible par le site internet www.telerecours.fr. |
| **Quand ?** | Dans les **2 mois après réception du courrier de la MDPH.** |
| **À savoir** | Vous devez **joindre à votre recours administratif une copie de la décision du directeur de la MDPH que vous souhaitez contester** ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles.  Si vous n’êtes toujours pas d’accord avec la décision du directeur de la MDPH après le recours administratif, vous pouvez faire un recours contentieux dans un délai de 2 mois.  À noter que l’absence de réponse à votre recours administratif dans un délai de 2 mois vaut rejet. Cette décision implicite de rejet est également susceptible de recours contentieux.  **Ce recours administratif est dit Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO) car il précède obligatoirement le** **recours contentieux.**  Si vous voulez faire un recours contentieux, vous devez remettre ou adresser par lettre recommandée avec avis de réception au tribunal : votre requête motivée, une copie de la décision prise par le directeur de la MDPH à la suite du recours administratif ainsi que tous les documents complémentaires que vous pensez utiles. Dans le cas où aucune décision n’a été prise par le directeur de la MDPH dans un délai de 2 mois après votre recours administratif, vous devez joindre l'accusé de réception par la MDPH de votre recours administratif.  Pour une mise en situation professionnelle en ESAT, vous devez vous adresser :   * au **Tribunal Administratif**   → [Adresse TA] |

* + 1. La fiche de recueil de l’accord préalable en phase d’évaluation

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance]   **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [**   * **Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR]**]** |  |

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

**SI la MISPE est proposée dans le cadre de l’évaluation d’une demande de révision par un tiers [**

La MDPH a réalisé une première analyse de votre situation suite à la demande de révision déposée le [DOSS-REV/date de dépôt] par [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] **SI [DOS-REV/Tiers demandeur/tiers demandeur] = « Directeur ESMS » ET [Nom de l’établissement] ≠ *non renseigné*** [« Nom de l’établissement »]. **]**

**SINON [**

La MDPH a réalisé une première analyse de votre situation suite à votre demande déposée le [DOSS-COMP/date de dépôt]. **]**

La MDPH vous propose de réaliser **une mise en situation professionnelle en ESAT (Établissement ou service d’aide au travail)** pourmieux comprendre votre situation professionnelle et vous proposer une réponse adaptée.

Une mise en situation en milieu professionnel en ESAT peut être proposée par la MDPH aux personnes en situation de handicap.

Cette mise en situation permet de :

* découvrir un ESAT et ses métiers
* préciser un projet professionnel
* faire un bilan professionnel utilisé par l’équipe de la MDPH pour proposer une orientation professionnelle adaptée
* tester les capacités d’une personne en situation de handicap pour travailler dans un ESAT.

La mise en situation dure au maximum 10 jours et elle est renouvelable une fois dans le même ESAT. La MDPH vous précisera l’ESAT où se passera votre mise en situation en milieu professionnel.

**Votre accord est nécessaire pour mettre en place cette mise en situation.**

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

**Sur une nouvelle feuille :**

Courrier à renvoyer

Renvoyez ce formulaire rempli et signé à la MDPH

**Recueil de l’accord préalable pour une mise en situation en milieu professionnel (MISPE) pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**Votre choix :**

**Je donne mon accord** pour la mise en situation professionnelle en ESAT de [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

En donnant mon accord, j’autorise la MDPH à prendre contact avec des ESAT. J’autorise aussi la MDPH à communiquer mes informations personnelles aux ESAT pour trouver un ESAT adapté à mes besoins.

**Je refuse la mise en place** d’une mise en situation en milieu professionnel de [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

**Vous êtes :**

[IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

Le père, la mère ou le représentant légal de [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

* Nom et prénom

Date et signature :

Cochez une case pour chaque question et envoyez ce formulaire rempli et signé à la MDPH à cette adresse : [Adresse de la MDPH]

* + 1. La fiche de recueil de l’accord préalable en phase post-décision

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [INSTR/prénom] [INSTR/nom]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [INSTR/téléphone]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [INSTR/courriel] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance]   **SI [IDENTITE/NIR] ≠ *non renseigné* [**   * **Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR]**]** |  |

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

Madame, Monsieur, **] SINON [ [**Civilité du destinataire**] [**Nom du destinataire], **]**

La MDPH vous propose de réaliser **une mise en situation professionnelle en ESAT (Établissement ou service d’aide au travail)** pourvous aider à mettre en œuvre votre orientation professionnelle.

Une mise en situation en milieu professionnel en ESAT peut être proposée par la MDPH aux personnes en situation de handicap.

Cette mise en situation permet de :

* découvrir un ESAT et ses métiers
* préciser un projet professionnel
* faire un bilan professionnel utilisé par l’équipe de la MDPH pour proposer une orientation professionnelle adaptée
* tester les capacités d’une personne en situation de handicap pour travailler dans un ESAT.

La mise en situation dure au maximum 10 jours et elle est renouvelable une fois dans le même ESAT. La MDPH vous précisera l’ESAT où se passera votre mise en situation en milieu professionnel.

**Votre accord est nécessaire pour mettre en place cette mise en situation.**

[Prénom directeur MDPH][Nom directeur MDPH], Directeur de la MDPH

[Signature directeur MDPH]

**Sur une nouvelle feuille :**

Courrier à renvoyer

Renvoyez ce formulaire rempli et signé à la MDPH

**Recueil de l’accord préalable pour une mise en situation en milieu professionnel (MISPE) pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**Votre choix :**

**Je donne mon accord** pour la mise en situation professionnelle en ESAT de [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

En donnant mon accord, j’autorise la MDPH à prendre contact avec des ESAT. J’autorise aussi la MDPH à communiquer mes informations personnelles aux ESAT pour trouver un ESAT adapté à mes besoins.

**Je refuse la mise en place** d’une mise en situation en milieu professionnel de [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

**Vous êtes :**

[IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

Le père, la mère ou le représentant légal de [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]

* Nom et prénom

Date et signature :

Cochez une case pour chaque question et envoyez ce formulaire rempli et signé à la MDPH à cette adresse : [Adresse de la MDPH]

* 1. L’attestation de bénéficiaire de l’OETH

|  |  |
| --- | --- |
| **Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)**  **[Département]**  **Adresse :** [Adresse de la MDPH] | [Ville de la MDPH], le [Date d'édition] |
| * **Votre contact :** [prénom contact] [nom contact]   + D:\Users\portega\Desktop\993747-200.png [téléphone contact]   + D:\Users\portega\Desktop\993025-200.png [courriel contact] | [PRÉNOM DU DESTINATAIRE]  [NOM DU DESTINATAIRE]  [ADRESSE DU DESTINATAIRE] |
| * **Votre numéro de dossier** : [INDIVIDU/numéro individu] * **Date de naissance** : [IDENTITE/Date de naissance]   **SI [individu/individu/identité/NIR] ≠ *non renseigné* [**   * **Identifiant** (NIR) : [IDENTITE/NIR]**]** |  |

**Attestation de bénéficiaire de l’OETH**

**Attestation de bénéficiaire de l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés pour [IDENTITE/prénom] [IDENTITE/nom d’usage]**

**SI [PROTEC/civilité] ET [IDENTITE/civilité] ET [PARENT/civilité] = *non renseigné* [**

[Madame, Monsieur,]**] SINON [[Civilité du Destinataire] [Nom du Destinataire],]**

Les droits ouverts par la décision de la CDAPH du [DECISION/date de décision *(de la décision associée de RQTH, d’AAH ou de CMI « invalidité »)*], vous permettent de bénéficier de l’obligation d’emploi des travailleurs handicapés mentionnée à l’article L.5212-2 du Code du travail, sans qu’il soit nécessaire d’accomplir une démarche de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Cette attestation est valable du [DROIT/date d’ouverture du droit *(de la décision associée de RQTH, d’AAH ou de CMI « invalidité »)*] au [DROIT/date d’échéance du droit*(de la décision associée de RQTH, d’AAH ou de CMI « invalidité »)*].

*[Prénom président CDAPH][Nom président CDAPH], Président de la CDAPH*

*[Signature président CDAPH]*

*Cette attestation est établie en application de l’article R.5212-1-5 du Code du travail*

1. Identification des destinataires

Règles d’identification des destinataires des courriers en fonction du statut de l’individu :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mesure de protection** | | **Type de destinataire principal** | **Type de destinataire en copie[[1]](#footnote-2)** |
| Aucune | 1- L’individu est un mineur non émancipé dont au moins un parent existe | Parent(s) | |
| 2- Autres cas | Individu | - |
| **Tutelle d’un majeur ou d’un mineur émancipé** | | Tuteur | Individu |
| **Tutelle d’un mineur** | | Tuteur | - |
| **Curatelle** | | Individu | Curateur |
| **Curatelle renforcée** | | Individu | Curateur |
| **Sauvegarde de justice avec mandat spécial** | | Individu | Mandataire |
| **Sauvegarde de justice sans mandat spécial** | | Individu | - |
| **Habilitation familiale** | | Personne habilitée ou Individu  (en fonction des cas) | Personne habilitée ou Individu  (en fonction des cas) |
| **MASP (mesure d'accompagnement social personnalisée)** | | Individu, Mandataire  (en fonction des cas) | Individu, Mandataire  (en fonction des cas) |
| **MAJ (Mesure d’accompagnement judiciaire)** | | Individu, Mandataire  (en fonction des cas) | Individu, Mandataire  (en fonction des cas) |
| **Délégation totale de l'autorité parentale à l'ASE** | | ASE | Parent(s) |
| **Délégation partielle de l'autorité parentale à l'ASE** | | Parent(s) | ASE |
| **Délégation totale de l’autorité parentale à une tierce personne** | | Tierce Personne | Parent(s) |
| **Délégation partielle de l’autorité parentale à une tierce personne** | | Parent(s) | Tierce Personne |
| **Délégation totale de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants** | | Établissement | Parent(s) |
| **Délégation partielle de l’autorité parentale à un établissement agréé pour le recueil des enfants** | | Parent(s) | Établissement |

**Note** : Les courriers doivent être envoyés aux 2 types de destinataires.

|  |
| --- |
| Préconisation concernant les demandes liées à la scolarité :Adresser une copie des courriers de notification à l’établissement fréquenté, le cas échéant |

|  |
| --- |
| Dans tous les cas **où les parents sont identifiés comme destinataires**, la règle suivante s’applique :  Si le **Parent « 1 »** dispose de l’**autorité parentale**  Le **Parent « 1 »** est **destinataire principal** (ou destinataire en copie si les parents sont identifiés comme destinataires en copie dans le tableau)  Si le **Parent « 2 »** dispose de l’**autorité parentale** mais habite à une **adresse différente** de celle du parent « 1 »  Le **Parent « 2 »** est **destinataire en copie** |

**Afin d’être sûr que les représentants des mesures de protection (tuteurs, mandataires…) doivent être destinataires des courriers, une vigilance particulière doit être apportée à la lecture des décisions des juges.**

**Les coordonnées des destinataires** sont décrites dans le dictionnaire de données « Individu » :

|  |  |
| --- | --- |
| **Destinataire** | **Coordonnées** |
| **Individu** | Civilité = [Individu/Identité/civilité]  Nom = [Individu/Identité/(nom d’usage ou nom de naissance)]  Prénom = [Individu/Identité/prénom]  Adresse = [Individu/Identité/adresse] |
| **Parent(s)** | Civilité = [Individu/Parent N/civilité]  Nom = [Individu/Parent N/nom]  Prénom = [Individu/Parent N/prénom]  Adresse = [Individu/Parent N/adresse] |
| **Mesure(s) de protection** | Lorsque la mesure de protection est une MASP, une MAJ, une délégation partielle ou totale de l’autorité parentale à l’ASE ou à un établissement agréé pour le recueil des enfants :  Organisme = [Individu/Mesure de protection N/nom organisme] |
| Civilité = [Individu/Mesure de protection N/civilité de la personne]  Nom = [Individu/Mesure de protection N/nom de la personne]  Prénom = [Individu/Mesure de protection N/prénom]  Adresse = [Individu/Mesure de protection N/adresse] |
| **Établissement fréquenté** | Nom de l’établissement = [nom de l’établissement fréquenté]  Civilité = [civilité du responsable]  Nom = [nom du responsable]  Prénom = [prénom du responsable]  Adresse = [adresse de l’établissement fréquenté] |

**Cas de la demande de révision par un tiers**

Le tableau ci-après précise qui, de l’usager (ou de son/ses représentant(s)) et/ou du tiers demandeur, doit être destinataire des courriers dans le cadre du traitement d’un dossier de demande(s) de révision par un tiers. L’identification des destinataires telle que définie supra reste applicable.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de courrier** | **Tiers demandeur** | **Usager et/ou son ou ses représentant(s)** |
| **Accusé de réception d’une demande de révision par un tiers, avec ou sans demande de pièce(s) complémentaire(s)** | Oui | Non |
| Information de l’usager du dépôt d’une demande de révision effectuée par un tiers | Non | Oui |
| **Demande de pièces complémentaires auprès du tiers demandeur, dans le cadre d’une demande de révision par un tiers** | Oui | Non |
| **Demande de pièces complémentaires auprès de l’usager, dans le cadre d’une demande de révision par un tiers** | Non | Oui |
| **Notification de décision dans le cadre d’une demande de révision par un tiers** | Oui *(principal)* | Oui *(secondaire)* |

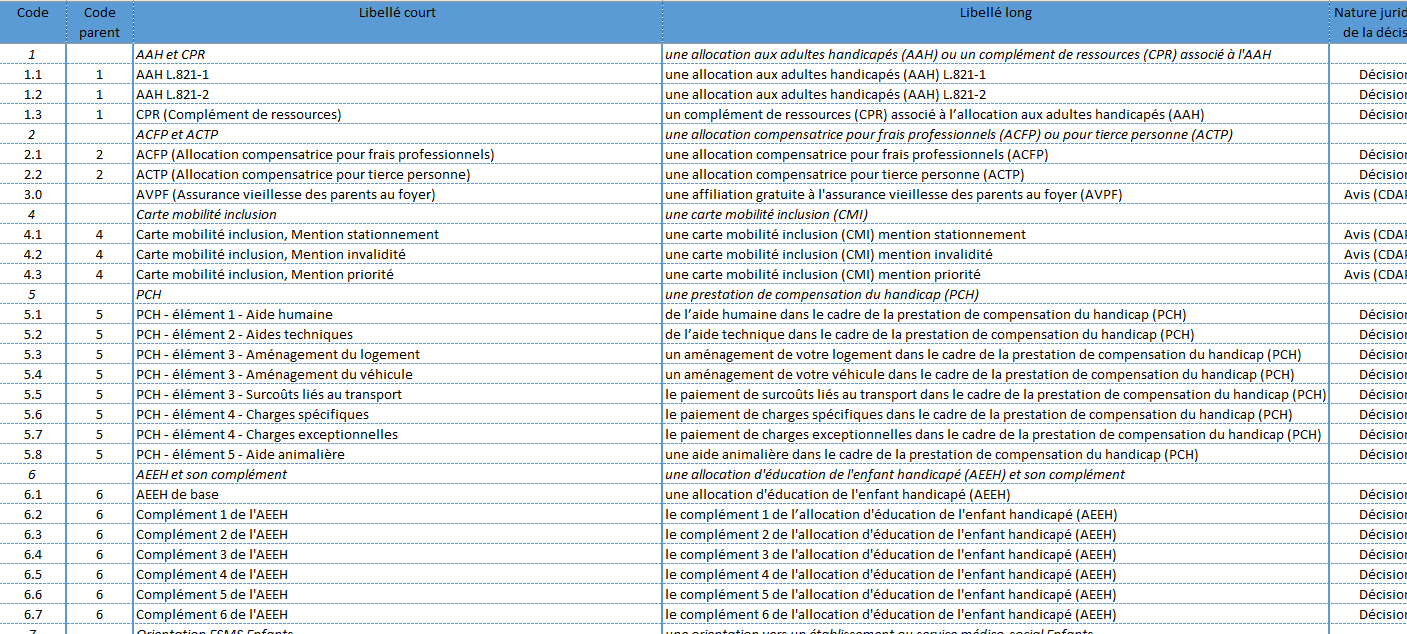
La gestion des coordonnées des tiers demandeurs (personnes morales et personnes physiques) n’entre pas dans le cadre des travaux d’harmonisation.

1. Libellés des nomenclatures ajustés pour les courriers

Les libellés des nomenclatures ajustés pour les courriers sont désormais définis dans les dictionnaires de données au sein des nomenclatures elles-mêmes, dans la colonne « Libellé long »**.**

**Illustration avec les « types de droits et prestations » :**

****

****

Libellé devant apparaitre dans les notifications

« de l’aide humaine dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (PCH) »

Libellé standard

« PCH – élément 1 – Aide humaine »

Exemple :

Les nomenclatures concernées sont notamment (liste non exhaustive) :

* Les types de **droits et prestations** : No\_Type\_droit\_prestation
* Les types de **demandes de compensation** : No\_Demande\_compensation
* Les types de **demandes de révision** par un tiers : No\_Demande\_révision
* Le **tiers demandeur** d’une demande de révision par un tiers : No\_Tiers\_demandeur
* La **fréquence de versement** : No\_Fréquence\_versement
* La **modalité de paiement** de certains éléments de la PCH : No\_Modalité\_paiement
* L’**Unité** de la quantification : No\_Unité
* La **périodicité** des quantifications : No\_Périodicité
* Le **mode de prise en charge** : No\_Mode\_prise\_en\_charge
* Le **mode d’entrée dans le dispositif ITEP** : No\_Mode\_entrée\_DITEP
* L’**organisme payeur des prestations familiales** : No\_Organisme\_payeur
* Le **taux d’incapacité** : No\_Taux\_incapacité
* La **précision de l’orientation scolaire**
  + **en enseignement adapté (SEGPA/EREA)** : No\_Orientation\_scolaire\_adapt
  + **en unité d’enseignement** : No\_Orientation\_scolaire\_UE
* La **précision de l’orientation en ESMS adulte ou Enfant** : No\_ESMS\_xxxx
* La **précision de l’aide humaine aux élèves handicapés** : No\_Aide\_élèves

1. Les notions de « destinataire principal » et de « destinataire en copie » sont données à titre indicatif pour les MDPH qui souhaiteraient gérer des destinataires « en copie ». Le travail d’harmonisation des courriers ne prévoit ni une différence de forme ni une différence de fond entre les courriers envoyés aux différents destinataires. [↑](#footnote-ref-2)