

DEMANDE À LA MDPH

Article R 146 26 du code de l'action sociale et des familles

Formulaire de demande de la prestation de compensation du handicap (PCH) au titre de l'aide à la parentalité pour les personnes ayant un droit ouvert à la PCH



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

À qui s'adresse ce formulaire ?

Vous avez un droit ouvert à la PCH et souhaitez bénéficier des nouvelles aides à la parentalité.
Vous devez utiliser ce formulaire pour adresser votre demande à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou à la maison départementale de l'autonomie (MDA), accompagné des pièces justificatives indiquées.

1 Identification et situation du demandeur

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° de dossier à la MDPH :

Dates d'attribution de la PCH en cours ou de droit ouvert à la PCH :

Nombre d'enfants :

Vous attendez un enfant et souhaitez bénéficier des aides à la parentalité à sa naissance ☐

Situation de monoparentalité : ☐ **Oui** (dans ce cas compléter l'attestation jointe) ☐ **Non**

2 Identification de la demande

PCH Aide humaine à la parentalité ☐

Conditions cumulatives relatives au demandeur :

Être bénéficiaire de l'élément 1 aide humaine de la PCH

Et avoir au moins un enfant âgé entre 0 et 7 ans.

PCH Aides techniques à la parentalité ☐

Conditions cumulatives relatives au demandeur :

Être bénéficiaire de la PCH

Et avoir un enfant qui vient de naître ou qui va naître, ou qui fêtera son 3ème et/ou son 6ème anniversaire au cours de la période d'attribution de la PCH.

3

Identification et date(s) de naissance de(s) enfant(s)

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance :

.....

4

Pièces à joindre :



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

Pièces obligatoires :

Extrait d'acte de naissance de chacun des enfants (si vous attendez un enfant, ce document sera à fournir ultérieurement).

Le :

Signature :

Signature :

☐

De la personne concernée

☐

De son représentant légal

☐ En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

Les informations personnelles recueillies par la MDPH 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 par courrier auprès de votre MDPH.