



## Formulaire complémentaire Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

**Attention : ce formulaire ne doit être utilisé que pour compléter un dossier déjà déposé à la MDPH et en cours d'évaluation**

### A - Identification de la personne (enfant ou adulte) concernée par la demande

Nom de naissance : ..... Prénom (s) .....

Date de naissance : ..... N° de dossier MDPH : .....

Numéro d'allocataire : ..... ( ) CAF ( ) MSA ( ) Autre

**Demande de prestation de compensation**

**Prestation de Compensation du Handicap - PCH**

 Pour un enfant de moins de 20 ans, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AEEH

Pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

**Aide humaine.** Décrivez la nature des besoins et le type d'aidant

\_\_\_\_\_

- Forfait 50 heures d'aide humaine pour personne déficiente visuelle  
 Forfait 30 heures d'aide humaine pour personne déficiente auditive

**Aide technique, matériel ou équipement**

Décrivez vos besoins d'acquisition de matériel, ou les activités pour lesquelles vous en avez besoin :

\_\_\_\_\_

**Aménagement du logement / Déménagement.** Décrivez les aménagements à réaliser

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N'oubliez pas de compléter et de signer au dos 



**Tampon Dateur MDPH**

**Aménagement du véhicule \* / surcoût du transport**

Précisez la nature des aménagements ou le motif du déplacement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Joindre la copie de l'avis du médecin agréé par la Préfecture si vous êtes dans une démarche de conduite accompagnée, ou la copie de votre permis de conduire sur lequel devront figurer les codes des aménagements demandés.

 **Charges spécifiques / exceptionnelles.** Décrivez la nature et la fréquence vos besoins.\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Aide animalière.** Fournir obligatoirement l'attestation de formation remise par le centre agréé **Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne – ACTP** **Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP**Bénéficiez-vous de l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA** ?  Oui  NonBénéficiez-vous de la **Majoration Tierce Personne – MTP** ?  Oui  Non

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature : [ ] de la personne concernée

[ ] de son représentant légal

« Quiconque donne, de mauvaise foi des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale – Article 441-1 du Code pénal – Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.