

FICHE D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Si vous demandez l'AAEH et son complément

Pour favoriser l'instruction de votre demande, l'examen de votre projet de vie et l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de la Charente Maritime, nous avons besoin d'informations complémentaires afin d'identifier dans la globalité les besoins de compensation de votre enfant.

En cas de non retour, votre demande sera étudiée avec les seuls éléments figurant au dossier

IDENTIFICATION	Nom et prénom de l'enfant : _____
	Nom et prénom de la mère : _____
	Adresse : _____
	Téléphone domicile : _____ Téléphone bureau : _____
	Portable : _____
	E-mail : _____
	Nom et prénom du père : _____
	Adresse : _____
	Téléphone domicile : _____ Téléphone bureau : _____
	Portable : _____
	E-mail : _____
ADMINISTRATIF	N° allocataire CAF : _____ MSA (n° sécurité sociale) : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS	Mère	Père
	en activité : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> activité à 90% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 50% ou nombre d'heures par semaine : _____	en activité : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> activité à 90% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 50% ou nombre d'heures par semaine : _____
	en recherche d'emploi (précisez) : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> activité à 90% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 50%	en recherche d'emploi (précisez) : <input type="checkbox"/> à temps plein <input type="checkbox"/> activité à 90% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 50%
	<input type="checkbox"/> en congé parental jusqu'au : _____ <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> A.J.P.P. jusqu'au : _____	<input type="checkbox"/> en congé parental jusqu'au : _____ <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> A.J.P.P. jusqu'au : _____

Si vous travaillez à temps partiel, êtes-vous en présence de l'enfant pendant les temps libérés ?

SCOLARITÉ OU ÉTABLISSEMENT SPÉCIALISÉ	<input type="checkbox"/> interne depuis le : _____
	<input type="checkbox"/> demi-pensionnaire depuis le : _____
	<input type="checkbox"/> externe depuis le : _____
	Classe fréquentée : _____ <input type="checkbox"/> à temps partiel <input type="checkbox"/> à temps plein Nombre de ½ journées par semaine : _____
	Nom et commune de l'établissement scolaire : _____
	Nom et commune de l'établissement spécialisé : _____

Votre enfant est-il accueilli en centre de loisirs les mercredis et temps de vacances : oui non

Pourrait-il l'être si vous le souhaitez ? _____

Votre enfant bénéficie-t-il de soins réguliers pris en charge par la sécurité sociale (ex : orthophonie) ?

Ces frais n'entrent pas dans le calcul du complément. Cette information permet de comprendre la prise en charge globale de l'enfant.

Nature des frais	Montants	Fréquence	Lieux	Montants retenus pour le calculs du complément (cadre réservé à la MDPH)
------------------	----------	-----------	-------	--

Soins non pris en charge par la sécurité sociale : <input type="checkbox"/> ergothérapie <input type="checkbox"/> psychomotricité <input type="checkbox"/> psychologie <i>Joindre bilans, devis et nom du médecin prescripteur</i>	coût par séance	nombre de séances prévues par an	au cabinet du praticien, à l'école, au domicile ?	
Trajets éventuels :				
"Surcoût" cantine si hors secteur	coût du repas à l'école de secteur :			
	coût du repas à l'école fréquentée :			
Frais liés aux hospitalisations de votre enfant (hébergement, trajets, repas...)		dates des hospitalisations	lieux des hospitalisations	
Vacances : séjours adaptés <i>joindre devis précisant le "sur coût"</i>		dates du séjour choisi		
Frais de garde (assistante maternelle, halte garderie, crèche au delà de 3 ans, personne employée...) <i>joindre justificatifs</i>		heures et jours de garde		
Autres (protections urinaires...)				
TOTAL RETENU (cadre réservé à la MDPH)				

Important : les frais de trajets vers les lieux de soins pris en charge par la sécurité sociale, les aides ménagères et l'aide aux devoirs n'entrent pas dans les frais retenus pour le complément d'AAEH.

Merci d'indiquer dans le tableau ci-dessous les jours et horaires des temps d'école / soins / temps de garde :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
matin					
repas à domicile ?					
après-midi					

Bénéficiez-vous d'un suivi social ? non oui Si oui, vous pouvez nous communiquer les coordonnées de la personne qui vous accompagne afin de nous aider à évaluer vos besoins :

Un membre de l'équipe pluridisciplinaire Enfant, destinataire de ce document, peut vous recevoir à votre convenance sur rendez-vous.

date :

signature :

