

Ce document ainsi que vos courriers postaux sont à adresser au siège de la MDPH DU NORD :
MDPH 59 - 21 rue de la toison d'or - CS 20 372 - 59669 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX
☎ 03 59 73 73 73 - Fax : 03 59 73 73 00

DEMANDEUR

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse de résidence :

Code Postal : Ville :

INFORMATIONS SUR MA DEMANDE DE CONCILIATION

N° de dossier MDPH, si connu :

En remplissant le présent document, je demande la désignation d'un conciliateur afin d'obtenir une explication et connaître mes droits relatifs aux décisions prises par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) en date du :, concernant :

Cochez la / les case(s) correspondante(s)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allocation Adulte Handicapé (AAH) | <input type="checkbox"/> Complément de ressources AAH | <input type="checkbox"/> Allocation Éducation Enfant Handicapé (AEEH et complément) |
| <input type="checkbox"/> Orientation Professionnelle | <input type="checkbox"/> Prestation de Compensation du Handicap (PCH) | <input type="checkbox"/> Orientation scolaire |
| <input type="checkbox"/> Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) | <input type="checkbox"/> Orientation en Établissement ou Service Médico Social (EMS / SMS) | <input type="checkbox"/> Matériel pédagogique adapté |
| <input type="checkbox"/> Affiliation à l'Assurance Vieillesse | <input type="checkbox"/> Carte Mobilité Inclusion (CMI), précisez la / les mention(s) :
<input type="checkbox"/> Priorité <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Stationnement | <input type="checkbox"/> Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) |
| | | <input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice Tierce Personne |

EXPRESSION LIBRE

Je souhaite porter à la connaissance du conciliateur les éléments suivants (facultatif)

Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre.

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

Date et signature du demandeur