



Maison Départementale des Personnes Handicapées du Nord



La Loi du 11 Février 2005

La Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées **pose le principe du droit à la compensation du handicap.**

Définition du Handicap: « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant* ».



RAPPEL DES CONCEPTS DE LA CIH

- ❑ **Déficiences** : toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique = aspect **lésionnel**
- ❑ **Incapacités** : toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité = aspect **fonctionnel**
- ❑ **Désavantages** : limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) = aspect **situationnel**



L'Equipe Pluridisciplinaire

□ Sa Composition

Elle se compose de Médecins, d'Assistants sociales, d'Infirmières, d'Ergothérapeutes, de spécialistes de la scolarisation et de l'insertion professionnelle, d'intervenants spécialisés extérieurs du champ du handicap.

□ Ses Missions

- Elle évalue les besoins de la personne handicapée à partir de :
 - ⇒ son projet de vie
 - ⇒ sa demande administrative
 - ⇒ son environnement familial, social, scolaire ou professionnel
- Elle élabore le plan personnalisé de compensation.



Droits et Prestations

DEMANDES POUR UN ENFANT	DEMANDES COMMUNES (ENFANT ET UN ADULTE)	DEMANDES POUR UN ADULTE
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> L'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH)<input type="checkbox"/> La scolarisation et la formation:<ul style="list-style-type: none">• Parcours scolaire,• Orientation vers un établissement et/ou service médico-social• Demande d'Auxiliaire de Vie Scolaire individuelle (AVSi)• Demande de matériel pédagogique• Demande de transport scolaire	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Les cartes :<ul style="list-style-type: none">• Carte d'invalidité,• Carte de priorité,• Carte européenne de stationnement<input type="checkbox"/> La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)<ul style="list-style-type: none">• Aide humaine,• Aide technique,• Aide pour l'aménagement du logement, du véhicule, pour les surcoûts liés au transport spécialisé,• Aide spécifique,• Aide animalière	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et le complément de ressources<input type="checkbox"/> La formation et l'emploi :<ul style="list-style-type: none">• La Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé• Orientation professionnelle,• Orientation vers la formation.<input type="checkbox"/> L'Orientation vers un établissement et/ou un service médico-social<input type="checkbox"/> Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse<input type="checkbox"/> Renouvellement de l'ACTP






La demande MDPH59




L'utilisation du formulaire

- Remplir en lettres majuscules
- Reporter nom de naissance et prénom en haut de chaque page
- Photocopier le formulaire et le certificat médical pour en conserver une copie
- Joindre les pièces obligatoires et nécessaires à la complétude du dossier. *(spécificité PCH : RIB + justificatifs de ressources)*
- En cas de difficultés, l'utilisateur ou son représentant peut se faire accompagner par :
 - la MDPH
 - ou l'un des points de 1^{er} niveau du Réseau de Proximité

Timpon dateur de la MDPH

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH



 N° 13788*01

A1 - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : _____

Nom d'épouse ou nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____ Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____

N° de sécurité sociale : _____

Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez : _____

Le n° : _____ Dans quel département ? _____

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

Si vous avez été domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____

Espace réservé
 P 1110601 G
 DMDPH

Modèles_page_001.indd 1 28/11/2008 09:54:18



Le Projet de Vie

- ❑ Expression des souhaits, des attentes, des besoins de la personne en situation de handicap.
- ❑ Facultatif et modifiable à tout moment.
- ❑ Eclaire l'équipe pluridisciplinaire dans la construction du plan personnalisé de compensation.
- ❑ Les attentes et les besoins exprimés peuvent concerner la santé, la vie sociale, la vie affective, les loisirs, le logement, la scolarité, la formation, le travail...
- ❑ Peut être rempli seul ou accompagné par la MDPH ou l'un des membres du réseau de points d'accueil de proximité
- ❑ Ecrire de manière lisible et ne pas hésiter à poursuivre sur du papier libre (en prenant soin de numéroté dans l'ordre les feuilles s'il y'en a plusieurs).

Page 4/8

Nom :

Prénom :

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.
Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation. Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...
Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de modèle(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :
Langue française avec ou sans LPC (Langue Française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

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

- Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins
- Je ne souhaite pas m'exprimer


Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation : _____

Espace réservé
P 1110601 G
MDPH



Le Certificat Médical

- Le certificat médical doit être rempli dans son intégralité par le médecin.
- Veillez à ce qu'il soit daté et signé.
- Dans le cas du handicap psychique, il faut veiller à bien renseigner les points repris dans la note d'accompagnement spécifique et y joindre la fiche MDPH59 « compléments d'information à une demande concernant une personne en situation de handicap psychique »


Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité et de la ville
N° 13878*01

Certificat médical
Destiné à être joint à une demande auprès
de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Confidentiel

Nom de naissance

Nom d'épouse

Prénom Date de naissance/...../.....

Adresse

N° d'immatriculation sécurité sociale

N° de dossier auprès de la MDPH (si connu)

➔ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES) et il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi :

Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du, il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M.....

A le Cachet

Signature du médecin

➔ Dans les autres cas : **Veillez compléter le certificat médical suivant**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :
Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.
Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques concernées.

Ce certificat médical et les documents communiqués sont à remettre à votre patient, pour qu'ils les joignent, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel. Ce médecin reste à votre disposition pour des informations complémentaires.

* «Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.» (Article L.114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005)



Complément d'information

Handicap psychique



COMPLEMENTES D'INFORMATIONS AU FORMULAIRE DE DEMANDE(S) MDPH

① Information sur les événements du parcours scolaire et professionnel de la personne en situation de handicap d'origine psychique.

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

② Information sur l'adhésion de la personne en situation de handicap d'origine psychique à son suivi médical (déli, médicaments, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, ...).

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

③ Information sur la vie quotidienne, domestique et courante (ex: entretien personnel, tâches ménagères, faire une demande d'aide ou une démarche administrative, gestion du budget, prise d'initiative ou de décisions, avoir la notion du temps, du jour et de la nuit, savoir s'orienter à l'extérieur du domicile, fixer son attention, garder à l'esprit des informations, reconnaissance des personnes, gestion de la sécurité et celle des autres, ...).

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

④ Information sur l'environnement humain et les aides mises en œuvre (recours à un aidant, y compris familial. Si les parents sont aidant, âge de ces derniers, nature et importance de l'aide).

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

⑤ Avis de la personne en situation de handicap.

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

Date et signature du professionnel
et/ou de la personne de l'entourage

Date et signature de la personne handicapée



Complément d'information

Orientation professionnelle (recto)



COMPLEMENT D'INFORMATIONS
AU FORMULAIRE DE DEMANDE(S) MDPH

FICHE DE LIAISON
MDPH - SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

Cadre réservé à la MDPH

Date: Secteur Géographique :
Dossier suivi par (réfèrent logistique) :

Vous sollicitez auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) une demande de :

- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)
- Orientation Professionnelle

Nous vous remercions de bien vouloir transmettre cette fiche de liaison à votre médecin du travail. Ce document est indispensable à l'examen de votre demande, afin de permettre une étude pertinente de votre situation et vous apporter des orientations adaptées.

Sans retour de ce formulaire dans un délai de 8 semaines, votre demande sera présentée à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) pour une décision au regard des seuls éléments dont nous disposerons.

FICHE DE LIAISON A L'ATTENTION DU MEDECIN DU TRAVAIL

A - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Nom:
Prénom:
Date de naissance:

B - PRECISIONS SUR LE POSTE OCCUPE

Employeur:
Fonction de la personne dans l'entreprise:
Type de contrat:
Ancienneté dans le poste :
Tâches effectuées :
- -
- -
- -

Le dernier avis d'aptitude à ce poste (avec les éventuels aménagements ou restrictions formulés) :
.....
.....



Complément d'information

Orientation professionnelle (verso)



COMPLEMENT D'INFORMATIONS
AU FORMULAIRE DE DEMANDE(S) MDPH
FICHE DE LIAISON
MDPH - SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

C - PRECISIONS SUR LA SITUATION ACTUELLE DE LA PERSONNE

Inaptitude envisagée sur le poste de travail : oui non

Maintien éventuel dans l'entreprise :

➔ Sur le même poste de travail:

- Avec aménagement oui non
- Intervention envisagée du SAMETH oui non
- Formation nécessaire oui non

➔ Sur un autre poste de travail dans l'entreprise (reclassement):

- Avec aménagement oui non
- Intervention envisagée du SAMETH oui non
- Formation nécessaire oui non

Difficultés éventuelles de maintien dans l'entreprise :

➔ Projet de reconversion professionnelle oui non

Si oui, démarches professionnelles envisagées, précisez (bilan de compétences, formation professionnelle de droit commun, création d'activité, reclassement externe, inscription au Pôle Emploi,...) :

Autres démarches envisagées : oui non

Si oui, précisez (Pension d'invalidité 2nd catégorie, cessation d'activité, étude des droits à la retraite,...) :

D - AVIS SUR LA PERTINENCE DES DEMANDES

➔ RQTH

➔ Orientation Professionnelle

Procédure accélérée sollicitée oui non

Date :

Cachet et signature du Médecin du Travail :



Complément d'information

CV type



COMPLEMENT D'INFORMATIONS AU FORMULAIRE DE DEMANDE(S) MDPH

MODELE DE CURRICULUM VITAE (CV)

Cadre réservé à la MDPH

Date: Secteur Géographique :

Dossier suivi par (réfèrent logistique) :

Veuillez compléter et joindre à votre dossier ce document pour toute demande de :

- Reconnaissance de la qualité Travailleur Handicapé (RQTH)
- Orientation Professionnelle (ORP) dont demande de formation
- Prestations financières (AAH – Complément de Ressources)

A - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom, Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Code Postal: Ville:

Téléphone:

➔ Inscrit(e) à Pôle Emploi : oui non N° de demandeur d'emploi

B - PRECISIONS SUR VOTRE DERNIER EMPLOI

Emploi	Type de contrat (ex: CDD, CDI, intérim, contrat d'apprentissage...)	Dates (mois + année) ex: du 03/08 au 02/09	Employeur et Lieu de votre activité

Principales activités professionnelles :

Raison de la fin de contrat (cochez la case correspondante) :

- Fin de contrat
- Démission
- Licenciement économique
- Licenciement pour inaptitude
- Rupture conventionnelle
- Autre (précisez) :

C - AUTRES EXPERIENCES PROFESSIONNELLES SIGNIFICATIVES

De la plus récente à la plus ancienne (indiquez les stages si pas d'expérience professionnelle)

Emploi	Type de contrat	Dates / Durées	Employeur et Lieu de votre activité



Les prestations Adultes



Les Cartes



La carte de priorité

CASF art. L 241-3-1

❑ Critères d'attribution:

- ➔ Pénibilité à la station debout appréciée par l'équipe pluridisciplinaire
- ➔ Ne dépend pas du taux d'incapacité

❑ Aucune limite d'âge

❑ Durée: déterminée de 1 à 10 ans

❑ Avantages :

Anciennement appelée "carte station debout pénible", elle permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises :

- ➔ dans les transports en commun
- ➔ dans les espaces et salles d'attente
- ➔ dans les établissements et les manifestations accueillant du public
- ➔ dans les files d'attente



La carte d'invalidité

CASF – art. L. 241-3 et R. 241-13

Critères d'attribution:

- ➔ taux d'incapacité supérieure ou égale à 80%
- ➔ titulaire de la pension d'invalidité de 3ème catégorie par la Sécurité Sociale

Aucune limite d'âge

Durée : Pour une durée minimum déterminée de 1 à 10 ans



(...) La carte d'invalidité

☐ Avantages :

Mêmes avantages que la CP + :

- ➔ **Avantages fiscaux** : déduction de l'impôt sur le revenu sous certaines conditions, exonération de la taxe d'habitation, de la taxe foncière, de la redevance audiovisuelle
- ➔ **Certaines réductions** tarifaires librement déterminées par les organismes exerçant une activité commerciale

☐ Mentions:

- ➔ « **Besoin d'accompagnement** » : pour les bénéficiaires pour les enfants à partir du Complément 3 pour TP ou de PCH Aide humaine ou de la majoration tierce personne de SS ou de l'APA ou de l'ACTP
- ➔ « **Cécité** » : dès lors que la vision centrale de la personne handicapée est inférieure à un vingtième de la normale



L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et complément de ressources (CPR)



L'Allocation aux Adultes Handicapés

Code de la sécurité sociale - art. L821-1 à L82-8

L'AAH a pour objet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante.

□ Conditions liées au handicap :

⇒ Taux d'incapacité supérieur ou égale à 80%

⇒ Taux d'incapacité supérieure ou égale à 50 % ou soit compris entre 50% et inférieure à 80% et « avoir une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi compte tenu du handicap » article L821-2 du code de SS

□ Durée d'attribution :

⇒ de 1 à 5 ans max. pour les personnes reconnues avec un taux supérieur ou égale à 80 %.

⇒ de 1 à 2 ans max. les personnes reconnues avec un taux compris entre 50 % et inférieur à 80 % et une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi



Le Complément de Ressources

Code de la sécurité sociale art. L821-1-1

Le Complément de Ressources est une allocation forfaitaire qui s'ajoute à l'AAH pour constituer une garantie de ressources dans le but de compenser l'absence durable de revenus d'activité des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler.

□ Conditions d'ouverture des droits lié au handicap :

- ➔ Taux d'incapacité supérieur ou égale à 80 %
- ➔ Capacité de travail inférieure à 5 % du fait du handicap appréciée par la CDAPH



L'insertion professionnelle



La RQTH

(Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)

❑ Pour qui?

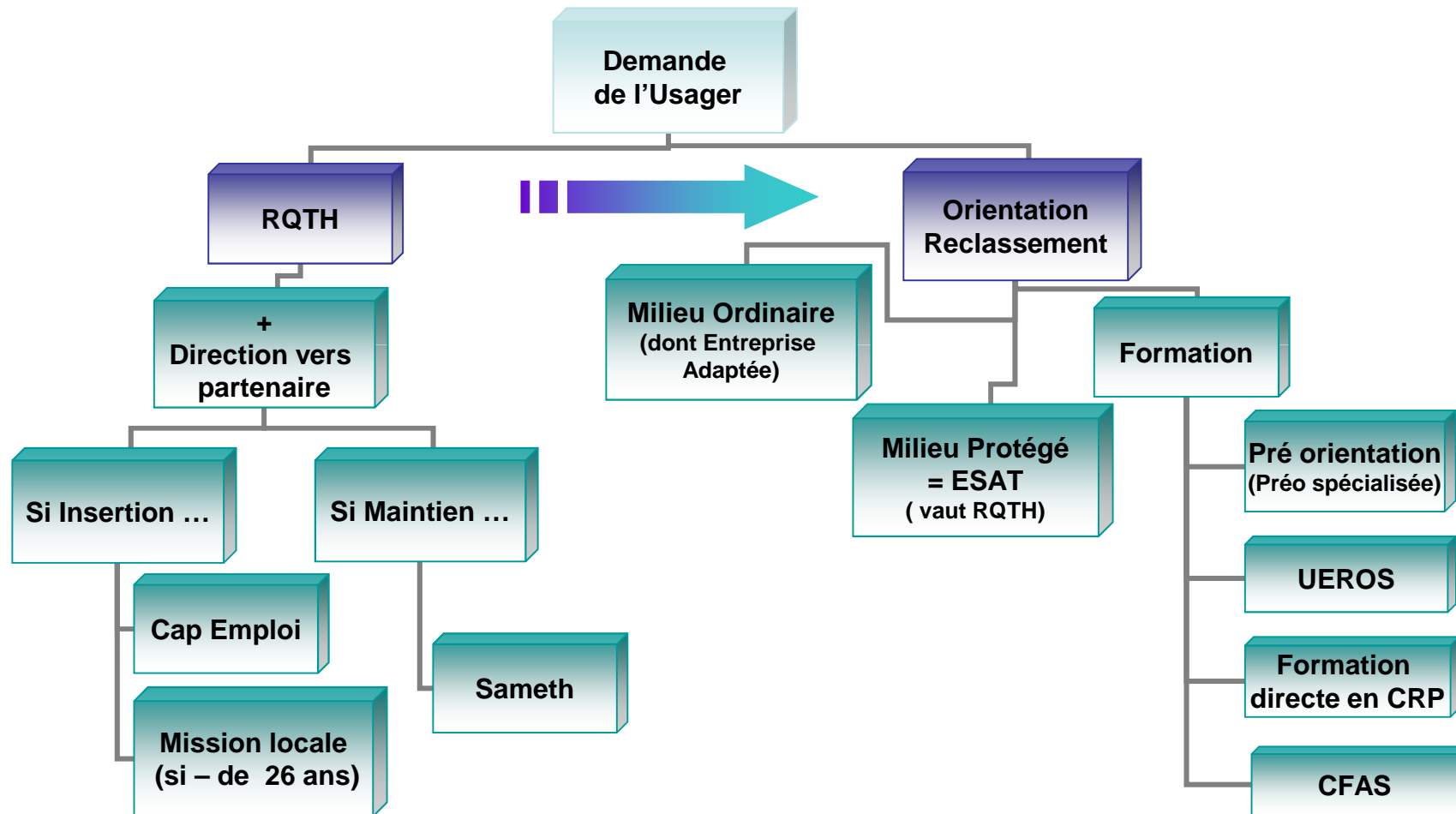
- ➔ « est considéré comme Travailleur Handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'1 ou plusieurs fonctions : physique, sensorielle, mentale ou psychique. » (Art : L. 5213-1 CT)
- ➔ âgé de + de 16 ans (voire à partir de 14 ans si le jeune est en formation)
NB : Admission en ESAT = RQTH

❑ Comment est appréciée la Qualité de Travailleur Handicapé?

- ➔ Par la CDAPH, après avis de l'Equipe Pluridisciplinaire
- ➔ Fondée sur :
 - ⇒ L'**existence** d'une altération d'une ou plusieurs fonctions : physique, sensorielle, ou psychique.
 - ⇒ Les **répercussions éventuelles de cette altération sur** les capacités de la personne à obtenir un emploi ou à conserver son emploi
 - ➔ Si la personne est salariée : on évalue la nature du poste
 - ➔ Si la personne est demandeur d'emploi : on évalue les possibilités d'emploi



Les Orientations possibles suite à la demande...





Les orientations médico- sociales Adultes



Les Etablissements médico-sociaux

- ⇒ **ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail**
- ⇒ **Foyers d'Hébergement**
- ⇒ **Les Unités de Vie pour personnes handicapées vieillissantes**
- ⇒ **Foyers de Vie (anciennement FO : Foyers Occupationnels)**
- ⇒ **FAM : Foyers d'Accueil Médicalisé**
- ⇒ **MAS : Maisons d'Accueil Spécialisé**

NB : Certaines de ces structures sont spécialisées dans certains types de handicap et peuvent offrir des périodes d'accueil séquentiel (temporaire, de jour...).



Les Services d'Accompagnement

Décret n°2005-223 du 11 mars 2005

SAVS = Services d'Accompagnement à la Vie Sociale

□ Les Objectifs

- ⇒ Favoriser le **maintien des liens** (familiaux, scolaires, socio-professionnels...)
- ⇒ Faciliter **l'accès aux services offerts** par la collectivité
- ⇒ Permettre l'apprentissage de **l'autonomie**



(...) Les Services d'Accompagnement

Décret n°2005-223 du 11 mars 2005

SAMSAH = Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés

□ Les Objectifs

Mêmes missions que les SAVS, + :

- ⇒ Proposer un accompagnement médico-social adapté**
- ⇒ Réaliser des soins médicaux et paramédicaux à domicile**
- ⇒ Favoriser l'accès aux soins (accompagnement aux consultations, explication des termes médicaux...)**



L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)



L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)

Le dispositif de l'allocation compensatrice est remplacé par celui de la prestation de compensation, en vigueur au 1er janvier 2006 (*il n'est plus possible de formuler une 1^{ère} demande d'ACTP; seules sont étudiées les demandes de renouvellement*).

❑ Critères liés au handicap :

- ➔ Taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %
- ➔ Pour l'ACTP : besoin d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes essentiels (se nourrir, se laver, s'habiller etc.....)



La Prestation de Compensation du handicap



La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

La PCH est une aide financière destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap. Son attribution est personnalisée.

La PCH peut-être affectée à des charges liées :

- ⇒ aux aides humaines**
- ⇒ aux aides techniques**
- ⇒ à l'aménagement du logement, du véhicule ou un surcoût lié au transport**
- ⇒ aides spécifiques ou exceptionnelles**
- ⇒ aides animalières**



(...) La PCH

□ Les critères de handicap d'ouverture de droit :

- ⇒ **Avoir une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité** (activités ne pouvant pas du tout être réalisées) **ou une difficulté grave** (réalisée difficilement et de façon altérée) **pour la réalisation d'au moins 2 activités dont la liste figure en Annexe 2 - 5 du CASF**
- ⇒ **Les difficultés doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins 1 an**

La détermination du niveau de difficulté **se fait en référence à la réalisation de l'activité** par une personne du même âge qui n'a pas de problème de santé.

Ne pas tenir compte des aides apportées de quelque nature que ce soit (par ex. : le fauteuil roulant)



Critères spécifiques pour l'élément « aide humaine »

□ Cet accès est subordonné :

⇒ à la reconnaissance d'une difficulté absolue pour la réalisation d'un des actes ou d'une difficulté grave pour la réalisation de deux des actes parmi : se laver, assurer l'élimination et utiliser les toilettes, s'habiller, prendre ses repas, se déplacer (dans le logement, à l'extérieur)

ou à défaut

⇒ à la constatation que le temps d'aide nécessaire apporté par un aidant familial pour ces mêmes actes ou au titre d'un besoin de surveillance atteint 45 mns par jour



L'affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse (AVS)



L'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse

L'aidant familial peut bénéficier d'une affiliation à titre gratuit à l'assurance vieillesse du régime général s'il a la charge :

d'un adulte handicapé

- ☞ dont le taux d'incapacité est supérieur ou égale à 80 %**
- ☞ qui est reconnu par la CDAPH comme devant bénéficier de l'assistance permanente d'un aidant familial.**



Accueil, Information et Accompagnement du public



L'accueil de la MDPH du Nord

Accueil du public : du Lundi au Vendredi, de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h

❖ MDPH59 - Siège

Secteurs de Lille, Roubaix-Tourcoing

21, rue de la Toison d'or - CS 20 372

59669 Villeneuve d'Ascq

Lille-mdph@cg59.fr, roubaix-tourcoing-mdph@cg59.fr

❖ MDPH59 - Antenne de Valenciennes

Secteurs de Valenciennes / Avesnes, Douai / Cambrai

Immeuble Philippa de Hainaut

160, boulevard Harpignies

CS 30351

59304 Valenciennes

Valenciennes-avesnes-mdph@cg59.fr, douai-cambrai-mdph@cg59.fr

❖ MDPH59 - Antenne de Dunkerque

Secteurs de Dunkerque et Hazebrouck

30 rue de l'Hermitte – CS 59124

59377 DUNKERQUE CEDEX

Dunkerque-mdph@cg59.fr



La communication avec les usagers et partenaires





**Nous vous remercions
pour votre attention**