



# DEMANDE À LA MDPH PLAN D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL (PAG)

La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées. Elle étudie votre situation et votre éligibilité à un PAG dans le cadre de la démarche Réponse accompagnée pour tous (RAPT).

## À qui s'adresse le PAG ?



À remplir  
au stylo bille noir

- Aux personnes en situation de handicap enfants ou adultes, lorsque :
  - Les recherches de solutions adaptées à votre situation n'ont pu aboutir.
  - Vous êtes en risque ou en rupture de parcours (scolaire, familial, médico-social, etc.).

## Qui peut solliciter la mise en place d'un PAG ?

- Vous ou votre représentant légal
- Un partenaire de votre parcours (établissement ou service médico-social, établissement de santé, CCAS, enseignant référent, etc.)
- L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH

## Quels sont les critères d'éligibilité à un PAG ?

- Votre situation est complexe (prises en charge et accompagnements multiples, etc.)
- Vous êtes en rupture de parcours avérée
- Vous allez vous retrouver en rupture de parcours
- La solution proposée à votre situation est inadaptée
- La solution à votre situation est indisponible

## Comment est instruite votre demande de PAG ?

- L'éligibilité de votre demande est instruite par les professionnels de la MDPH
- Une instance appelée « GOS » (Groupe opérationnel de synthèse), à laquelle vous êtes associé(e), se réunit pour élaborer des réponses à votre situation

## Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : ..... N° de dossier : .....

### 1 Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe :  Homme  Femme

Nom de naissance : ..... Nom d'époux/se ou d'usage : .....

Prénoms : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Complément d'adresse (si besoin précisez le nom de la personne qui vous héberge) : .....

Adresse (numéro et rue) : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Adresse e-mail : .....

Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté(e) par la MDPH ?  E-mail  Appel téléphonique  SMS  Courrier

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez son nom : .....



## 2 Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle (pour les mineurs)

Qui exerce l'autorité parentale :

Parent 1 ou représentant légal 1

Parent 2 ou représentant légal 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse (numéro et rue) :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Pays :

Téléphone :

Adresse e-mail :

## 3 Vous êtes accompagné(e) dans vos démarches par un partenaire de votre parcours

Un proche

Une structure

Autre

Nom de l'association (si pertinent) :

Nom et prénom de la personne :

Adresse (numéro et rue) :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse e-mail :

## 4 Vous bénéficiez d'une mesure de protection

Représentant légal 1

Représentant légal 2 (le cas échéant)

Type de mesure de protection  
(tutelle, curatelle, curatelle renforcée,  
habilitation familiale) :

Nom de l'organisme:  
(si pertinent)

Nom de la personne :

Date de naissance :

Adresse (numéro et rue) :

Complément d'adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Adresse e-mail :



**5** Pouvez-vous décrire vos besoins et vos attentes par rapport à votre demande de Plan d'Accompagnement Global ?

**6** Au vu de ce que vous venez d'expliquer, pouvez-vous indiquer si de votre point de vue, votre situation relève d'une ou plusieurs problématiques ci-après. **Si oui**, vous devez impérativement expliquer votre réponse.

Vos problèmes ?	Si oui, merci d'expliciter votre réponse
<p><b>Ma situation est complexe</b> au regard de ma maladie, des troubles engendrés et des besoins de prise en charge et d'accompagnement.</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p><b>Je suis dans une situation de rupture de mon parcours</b>, il n'y a plus de continuité dans ma prise en charge ou mon accompagnement et je me retrouve sans solution.</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p><b>J'ai un risque de rupture de parcours</b>, il n'y aura plus de continuité dans ma prise en charge ou mon accompagnement et je vais bientôt me retrouver sans solution.</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Je ne peux mettre en œuvre ma prise en charge car il n'y a <b>pas d'offre adaptée à ma situation sur mon territoire.</b></p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Je ne peux mettre en œuvre ma prise en charge car il n'y a <b>pas d'offre disponible sur mon territoire.</b></p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



## 7 Quels sont vos souhaits ?

**Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Vivre à domicile                           | <input type="checkbox"/> 6. Un accueil temporaire en établissement                    |
| <input type="checkbox"/> 2. Une adaptation de l'accompagnement proposé | <input type="checkbox"/> 7. Une prise en charge par un établissement sans hébergement |
| <input type="checkbox"/> 3. Une adaptation de la scolarité             | <input type="checkbox"/> 8. Une prise en charge par un établissement avec hébergement |
| <input type="checkbox"/> 4. Une orientation scolaire différente        | <input type="checkbox"/> 9. Un accompagnement pour une réadaptation / une rééducation |
| <input type="checkbox"/> 5. Un accueil en séquentiel                   | <input type="checkbox"/> 10. Une aide humaine   |

Autre, préciser : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature :

- Signature :  De la personne concernée  
 De son représentant légal  
 Des deux parents (pour les mineurs)

**J'accepte**, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.

**Je n'accepte pas** que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.

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

«Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement» (article L 114-9 du Code de la Sécurité Sociale - Article 441-1 du Code pénal).

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.

**Votre formulaire est rempli, vous pouvez :**

- le transmettre par mail à : [pag@mdph.re](mailto:pag@mdph.re)
- le déposer directement à l'accueil de la MDPH (au siège social ou à l'antenne Sud)
- l'envoyer à la MDPH par voie postale à l'adresse du siège social