

# DEMANDE À LA MDPH

Article R 146 26 du code de l'action sociale et des familles

Formulaire de demande de la prestation de compensation du handicap (PCH) au titre de l'aide à la parentalité pour les personnes ayant un droit ouvert à la PCH



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

## À qui s'adresse ce formulaire ?

**Vous avez un droit ouvert à la PCH et souhaitez bénéficier des nouvelles aides à la parentalité.**  
Vous devez utiliser ce formulaire pour adresser votre demande à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ou à la maison départementale de l'autonomie (MDA), accompagné des pièces justificatives indiquées.

### 1 Identification et situation du demandeur

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° de dossier à la MDPH : .....

Dates d'attribution de la PCH en cours ou de droit ouvert à la PCH : .....

Nombre d'enfants : .....

Vous attendez un enfant et souhaitez bénéficier des aides à la parentalité à sa naissance

Situation de monoparentalité :  **Oui** (dans ce cas compléter l'attestation jointe)  **Non**

### 2 Identification de la demande

**PCH Aide humaine à la parentalité**

Conditions cumulatives relatives au demandeur :

Être bénéficiaire de l'élément 1 aide humaine de la PCH

Et avoir au moins un enfant âgé entre 0 et 7 ans.

**PCH Aides techniques à la parentalité**

Conditions cumulatives relatives au demandeur :

Être bénéficiaire de la PCH

Et avoir un enfant qui vient de naître ou qui va naître, ou qui fêtera son 3ème et/ou son 6ème anniversaire au cours de la période d'attribution de la PCH.

3

### Identification et date(s) de naissance de(s) enfant(s)

Nom :

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

Prénom :

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

Date de naissance :

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

4

### Pièces à joindre :



Pour permettre le traitement de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

**Pièces obligatoires :**

Extrait d'acte de naissance de chacun des enfants (si vous attendez un enfant, ce document sera à fournir ultérieurement).

Le : .....

Signature :  De la personne concernée  
 De son représentant légal

Signature :

.....

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

Les informations personnelles recueillies par la MDPH lors de l'examen, du traitement et du suivi de votre demande font l'objet d'un traitement informatique. Vous pouvez demander à la MDPH de récupérer, corriger, supprimer ou réutiliser ces informations (droits prévus dans la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2018). Vous pouvez faire cette demande par courrier auprès de votre MDPH.