

DEMANDE DE PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP EN URGENCE (PCHu)

Territoire concerné CACL CCDS CCEG CCOG

Bénéficiaire de la PCH Oui Non

Numéro de dossier MDPH *(le cas échéant)*

DEMANDEUR

Nom **Prénom**

Nom de jeune fille : **Date de naissance :**

Adresse de résidence :

Téléphone **Mail**

Lieu de vie au moment de la demande :

A domicile En établissement A l'hôpital

Précisez : *Précisez :*

..... *Date de sortie envisagée :*

Si le demandeur vit à domicile :

Vit seul(e) Vit avec d'autres personnes : *(famille ou autres, précisez)*

Nom de la personne référente :

Téléphone du référent :

Mail du référent :

STRUCTURE¹ ACCOMPAGNANT LA DEMANDE

Nom de la structure

Nom du professionnel

Fonction du professionnel

Téléphone **Mail**

¹ Structures : service social, hôpital, clinique, association...

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE

► Une note sanitaire, sociale ou socio-médicale* rédigée par un professionnel de santé, social ou médico-social, et justifiant l'urgence de la demande (sur papier libre ou ci-dessous) :

.....

.....

.....

.....

.....

- Une photocopie d'un justificatif d'identité de la personne en situation de handicap et, le cas échéant, du représentant légal
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (pour les adultes)
- Une attestation de jugement de protection juridique (le cas échéant)
- Un relevé d'identité bancaire (RIB)
- Une photocopie du dernier avis d'imposition
- Une demande de PCH (formulaire de demande MDPH dûment rempli)
- Le certificat de moins de 1 an (cerfa fourni avec le formulaire de demande)

En cas d'incomplétude du dossier de demande de PCH, aucune réponse ne pourra être apportée au titre de la PCH en Urgence.

** Une note sanitaire, sociale ou médico-sociale justifiant l'urgence de la demande peut reprendre : les antécédents médicaux, l'historique de la maladie et/ou de la perte d'autonomie, les capacités de la personne et ses limitations d'activité dans les actes essentiels (toilette, habillage, élimination, déplacements, alimentation, etc.), les pathologies en cours, les traitements et soins associés (sondes, trachéotomies, gastrostomies, radiothérapies...), un descriptif de l'environnement actuel du demandeur (présence active de l'entourage, accompagnement social, matériel de compensation, professionnels intervenants...).*



Merci de préciser le nom du service d'aide à domicile auquel vous souhaitez avoir recours :

.....

Pour prendre sa décision, le Département a nécessairement besoin de cette information.
En l'absence, votre demande restera en attente.

En signant ce document, vous autorisez les services de la MDPH à transmettre aux partenaires de l'évaluation (évaluateurs, médecins, professionnels de santé, services d'aide à domicile, etc.) les éléments qui concernent votre situation.

Fait à : Le :

Signature : De la personne concernée, ou de son représentant légal Du professionnel accompagnant

Ces éléments sont à envoyer à la MDPH de Guyane :

- soit par mail à : mdph-guyane@mdph973.fr (objet : PCHU + NOM et Prénom de l'utilisateur)
- soit par courrier à MDPH 973, Novaparc 7, rue des Galaxies, 97300 CAYENNE
- soit déposé dans la boîte aux lettres extérieure de la MDPH