

## Prestation de Compensation du Handicap

Formulaire relatif à une demande de prestation pour **un surcoût lié au transport**  
à retourner (complété **exclusivement à l'encre noire**, daté et signé) à la MDPH de la Somme

NOM :  
Prénom :  
Adresse complète :  
N° dossier :

### **Transport par un véhicule particulier : TRANSPORTS REGULIERS et FREQUENTS.**

Destination : ESMS (établissements sociaux et médico-sociaux)  
Lieu de travail  
Autres : .....

Lieu de départ	Lieu d'arrivée	Distance parcourue (un aller-retour)	Nombre d'Aller-Retour (préciser par semaine, par mois ou par an)	PCH

Si la destination est une structure :

un transport est-il organisé par la structure : OUI NON

**si oui, joindre une attestation de l'établissement indiquant la prise en charge et le point de ramassage**

préciser le point de ramassage : .....

### **Transport par un tiers, facturé (taxi, VSL, transport adapté, transport en commun) : TRANSPORTS REGULIERS et FREQUENTS.**

Destination : ESMS (établissements sociaux et médico-sociaux)  
Lieu de travail  
Autres : .....

Lieu de départ	Lieu d'arrivée	Coût du trajet	Nombre de trajet (préciser par semaine, par mois ou par an)	PCH

Si la destination est une structure :

un transport est-il organisé par la structure : OUI NON

**si oui, joindre une attestation de l'établissement indiquant la prise en charge et le point de ramassage**

préciser le point de ramassage : .....

**Joindre à ce formulaire le(s) justificatif(s) :**

- **devis pour un mois ou factures des 3 derniers mois minimum**
- **si vous êtes en établissement, une attestation de présence des jours dans l'établissement sur 12 mois**

Date :

Signature

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la MDPH.