

Formulaire relatif à une demande de prestation pour **des aides techniques**  
à retourner (complété **exclusivement à l'encre noire**, daté et signé) à la MDPH.

Vous avez sollicité la MDPH dans le cadre d'une demande de Prestation de Compensation du Handicap (PCH) pour une ou plusieurs aides techniques.

La PCH **aide technique** est une aide à l'acquisition ou à la location d'un équipement ou système adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité liée au handicap (fauteuil roulant, siège de bain, etc..).

Pour être financées, ces aides techniques doivent avoir l'une des finalités suivantes :

- maintenir ou améliorer l'autonomie ;
- assurer la sécurité ;
- faciliter l'intervention des personnes qui accompagnent ;
- être utilisé de manière régulière ou fréquente.

**Veillez renseigner ce questionnaire afin que l'ergothérapeute puisse évaluer votre demande :**

Nom	
Prénom	
N° de dossier	

**Aide(s) technique(s) demandées**

Quelle(s) aide(s) technique(s) souhaitez-vous acquérir ?

Quel est le prestataire de services et distributeur de matériels choisi ?

**Conseils, préconisations**

Avez-vous une prescription médicale ? (obligatoire uniquement pour les aides techniques ayant un code LPPR et remboursées par la sécurité sociale)

Oui Non

Avez-vous été accompagné(e) par un ergothérapeute dans votre choix ?

Oui Non

Avez-vous été conseillé(e) par un autre professionnel ?

Oui Non

Si oui par qui ?

*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.*

### Essai du matériel

Avez-vous réalisé des essais ?

Oui Non

Préciser les modalités de l'essai :

- durée :
- lieu :
- autres informations :

Est-elle adaptée à votre environnement ?

Oui Non

D'autres matériels ont-ils été essayés ?

Oui Non

Si oui lesquels :

Avez-vous eu une démonstration du matériel ?

Oui Non

L'aide technique choisie répond-t-elle à vos besoins et à vos attentes ?

Oui Non

Pourquoi ?

### **Informations reçues**

Avez-vous eu des conseils/des informations sur l'utilisation ?

Oui Non

Avez-vous eu des informations sur la garantie et le service après-vente ?

Oui Non

### **Financement**

Pouvez-vous prétendre à une aide financière de :

la sécurité sociale : Oui Non  
votre mutuelle : Oui Non  
des aides en extra légale (sécurité sociale/mutuelle) : Oui Non  
Autres : Oui Non

Si oui, préciser :

**Joindre à ce formulaire le(s) justificatif(s) : prescription médicale/devis/compte rendu d'essai/synthèse de l'ergothérapeute**

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.