

Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées 77 (PCPE 77) Formulaire de demande

Le PCPE vise à assurer la continuité des parcours des personnes en situation de handicap (tout âge, tout handicap) disposant d'un numéro de dossier MDPH et résidant en Seine et Marne.

Sa finalité est de concevoir et organiser une réponse transitoire en proposant des prestations adaptées aux besoins des personnes accompagnées.

Pour plus d'informations, vous trouverez le lien ci-dessous de la plaquette Pcpe 77.

<https://www.hand-aura.org/wp-content/uploads/2019/07/PCPE-Plaquette-297x210.pdf>

Le PCPE s'adresse à des personnes en situation complexe de handicap : en rupture, risque de rupture ou accompagnée de manière non adaptée.

Cette demande sera évaluée en commission au sein de la MDPH. Une notification sera ensuite adressée à la famille par la MDPH.

Veillez cocher, s'il s'agit d'une situation de :

- Rupture et/ou absence d'accompagnement
- Risque de rupture d'accompagnement
- Accompagnement non adapté

Merci de retourner ce document dûment complété par mail à :

- MDPH 77 : dop@mdph77.fr

Et en copie :

- Pcpe 77 : marie.boineau@hand-aura.org

Date de la demande :



Personne à l'origine de la demande

Famille / Structure :

NOM :

Adresse :

Demandeur :

Lien de parenté / Fonction :

Téléphone :

@ :

PARTIE RESERVEE A L'EDUCATION NATIONALE

Si la demande est adressée **par l'Education Nationale**, avez-vous sollicité :

Pour les enseignements du premier degré :

- Le Pôle Ressource de Circonscription Oui Non
- Le Pôle Ecole Inclusive Oui Non

Pour les enseignements du second degré :

- Le Chef d'établissement Oui Non

La demande PCPE ne pourra être étudiée sans la sollicitation en amont de ces professionnels ressources.

La personne concernée

La personne concernée par l'intervention du PCPE

Nom :

Prénom :

Né(e) le : M – F

N° MDPH 77 :

Adresse :

Téléphone : Portable : @ :

Type de handicap :

Mesure de protection :

Enfant : AED - AEMO - OPP

Adulte : Tutelle - Curatelle - MASP - Sauvegarde - Demande en cours

Coordonnées des Responsables légaux ou Tuteur

Nom/prénom :

Agissant en qualité de représentant légal

Adresse :

Téléphone/@ :

Intervenants impliqués dans l'accompagnement actuel

Préciser les coordonnées des professionnels du médico-social, du sanitaire, de l'Education nationale, du social, autres qui accompagne la personne :

| Structure | Nom du professionnel | Fonction | Coordonnées (Mail, téléphone) |
|-----------|----------------------|----------|----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Planning de la personne concernée par la demande

| | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche |
|-------------------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|
| MATIN | | | | | | | |
| MIDI | | | | | | | |
| APRES-MIDI | | | | | | | |

Éléments expliquant la demande

Description de la situation : (parcours de soins, scolarité, difficultés rencontrées dans la prise en charge actuelle...)

Les besoins identifiés de la personne concernée :

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'accompagnement Pcpe ?

**Volet à remplir par la personne en situation de handicap concernée par la demande
ou son représentant légal**

**Consentement à l'étude de la situation et à l'échange d'informations concernant la personne entre
les intervenants associés à la recherche de solutions dans le cadre de la coordination du Pôle de
Compétences et Prestations Externalisées**

Je soussigné(e),

Prénom :

NOM :

Et/ou

Père,

Prénom :

NOM :

Mère,

Prénom :

NOM :

Représentant légal,

Prénom :

NOM :

Atteste avoir pris connaissance du contenu de cette demande.

Fait à :

Signature de la personne :

Le :

Pour un mineur et/ou un majeur protégé :

Signature du père

Signature de la mère

Signature du Représentant
Légal