

**DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE LA SITUATION
DE HANDICAP D'UN ENFANT (1^{ère} demande ou renouvellement)**

Ce document est également utilisé dans le cas où vous demandez la révision de la situation de votre enfant.

N° de dossier CEJH* __ __ __ __ __ __ __	<i>Réservé à la CEJH</i> Date de réception :
<small>*Si votre enfant en a déjà un</small>	

RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ENFANT

Nom, prénom.....	
né (e) le ____ / ____ / _____ à	
Nationalité :	Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Adresse de résidence de l'enfant (<i>si l'adresse est différente de celle des parents</i>).....	
Ecole/établissement scolaire fréquenté Classe	
Etablissement spécialisé fréquenté	

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

☞ *Motifs ne nécessitant pas de plan d'accompagnement personnalisé*

<input type="checkbox"/> Demande de reconnaissance de handicap	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} demande	<input type="checkbox"/> Renouvellement	<input type="checkbox"/> Réévaluation
<input type="checkbox"/> 1/3 temps supplémentaire pour les examens		<input type="checkbox"/> orientation en milieu scolaire	

☞ *Motifs nécessitant un plan d'accompagnement personnalisé*

<input type="checkbox"/> demande d'accompagnement de vie
➤ <input type="checkbox"/> accompagnement de vie scolaire
➤ <input type="checkbox"/> accompagnement de vie social
<input type="checkbox"/> accueil de jour en établissement spécialisé/structure spécialisée
<input type="checkbox"/> hébergement en établissement / famille d'accueil
<input type="checkbox"/> transport adapté
<input type="checkbox"/> aide aux frais supplémentaires
<input type="checkbox"/> autres demandes, précisez

Si vous avez coché une des cases ci-dessus, veuillez renseigner le **formulaire de demande de Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)**. Vous pouvez le demander au secrétariat de la CEJH ou à l'assistante sociale de votre secteur.



L'équipe technique de la CEJH-NC examine les aspects médicaux et sociaux, et en cas de scolarisation, les aspects scolaires et psychologiques.

Le feuillet médical est à faire renseigner par le médecin traitant de l'enfant (complété si nécessaire par des bilans spécialisés).

L'assistante sociale de votre secteur, ou celle de l'établissement secondaire où est scolarisé votre enfant le cas échéant, vous contactera pour un entretien.

Les évaluations scolaires et psychologiques seront effectuées dans l'établissement scolaire.

COUVERTURE SOCIALE DE L'ENFANT

N° CAFAT : __ __ __ __ __ __	Nom de l'assuré : :.....
N° aide médicale : __ __ __ __ __ __	Province : :.....
Type de carte : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AH <input type="checkbox"/> ALM <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
Votre enfant bénéficie-t-il d'un 100% longue maladie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
N° MUTUELLE : __ __ __ __ __ __	Nom de l'assuré : :.....
Nom de la mutuelle :	

PRESTATIONS FAMILIALES

Si vous bénéficiez de prestations familiales ou de l'allocation familiale de solidarité (AFS), veuillez cocher la caisse de prestations familiales:	
<input type="checkbox"/> AF CAFAT	<input type="checkbox"/> AF SOLIDARITE <input type="checkbox"/> AF FONCTIONNAIRE
Nom, prénom du parent percevant les prestations :.....	
<input type="checkbox"/> Autre caisse (nom) :	
Nom, prénom du parent percevant les prestations :	

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX PARENTS ou AUX RESPONSABLES LEGAUX

PERE ou RESPONSABLE LEGAL :	MERE ou RESPONSABLE LEGAL :
Nom, prénoms	Nom, prénoms
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Date de naissance : ____ / ____ / ____
N° CAFAT : __ __ __ __ __ __	N° CAFAT : __ __ __ __ __ __
Téléphone	Téléphone
Adresse	Adresse (<i>si différente de celle du père</i>)
.....
.....
Commune.....	Commune.....
BP	BP Commune

- La loi du pays n° 2009-2 du 7 janvier 2009 prévoit, sous conditions de ressources, une majoration des allocations familiales de solidarité et du complément familial des allocations familiales du régime des salariés, pour les enfants à charge dont le taux d'incapacité est au moins égal à 67% (AF CAFAT ou AFS).
- Pour les fonctionnaires, l'arrêté n° 2009-5275/GNC du 17 novembre 2009 prévoit, sous conditions de ressources, une majoration identique.

<input type="checkbox"/> Je demande à la CEJH de transmettre le nom de mon enfant au service de prestations familiales de la CAFAT.
<input type="checkbox"/> Je suis informé(e) que si mon enfant bénéficie des allocations familiales FONCTIONNAIRE, je présenterai moi-même la carte de mon enfant au service approprié.
<input type="checkbox"/> Je refuse que la CEJH transmette le nom de mon enfant à mon service de prestations familiales.

Dans le cas d'une révision de la situation

<input type="checkbox"/> Je suis informé(e) que si lors du réexamen de la situation, le taux de mon enfant est inférieur à 67%, il ne bénéficiera plus de la majoration du complément familial.

* Si mon enfant est reconnu en situation de handicap, j'accepte que la CEJH transmette aux professionnels intervenant auprès de mon enfant (enseignant, prestataire de service, secrétaire de commission spécialisée) les informations susceptibles de favoriser sa prise en charge.

Nom, prénom du demandeur

père, mère, tuteur, autre-précisez..... (*raier les mentions inutiles*)

A..... le ____ / ____ / _____ Signature :

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Pour la demande de reconnaissance de handicap :

- 1 photo d'identité
- pour une 1^{ère} demande, une copie du livret de famille ou de l'acte de naissance
- un justificatif de délégation d'autorité parentale ou de garde, le cas échéant

Pour la demande de plan d'accompagnement personnalisé il convient d'ajouter les pièces suivantes :

- le feuillet orange de renseignements nécessaires à l'élaboration du PAP, renseigné, daté et signé
- une copie du certificat de scolarité pour un majeur
- une copie du titre de séjour en cas de nationalité étrangère

Les dossiers incomplets ne sont pas examinés par la CEJH-NC.

**7 bis rue de la République – BP N4 – 98851 - NOUMEA cedex - Tel : 24 37 23 Fax : 24 22 17
Ce document renseigné, daté et signé est à déposer ou à renvoyer à la CEJH-NC**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la DASS-NC. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaire en vigueur.