


Demande de reconnaissance de handicap ou de perte d'autonomie par la CRHD-NC

N° CRHD | | | | | | | | D | |

Identification de l'adulte concerné

Nom : _____ Nationalité : Française autre
Prénom(s) : _____ Sexe : féminin masculin
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____
CAFAT | | | | | | | | Mutuelle : _____ | | | | | | | |
Aide médicale : N° _____ Province : Sud îles Loyauté Nord

 Joindre une **photocopie d'un titre d'identité** (pour une première demande)
Joindre une **photo d'identité** (pour la carte orange - délivrée à partir d'un taux de handicap de 50%)
Joindre une **photocopie de vos cartes CAFAT, aide médicale ou mutuelle**
Si vous n'êtes pas de nationalité Française, joindre la **photocopie de votre carte de séjour**

Adresse actuelle de l'adulte concerné

Appartement : _____ Bâtiment : _____ Résidence : _____
Adresse (numéro et rue) : _____
Quartier / tribu : _____
Commune / village : _____ BP : | | | | | | | | Code postal : | | | | | | | |
Si vous êtes hébergé(e), précisez chez qui / hospitalisé(e), où : _____
Votre numéro de téléphone : _____
Votre adresse e-mail : _____
Autre numéro de téléphone : _____ Nom du contact : _____

Représentant de l'adulte concerné (si requis)

tiers digne de confiance (pas de mesure prononcée par un juge)
 tutelle curatelle simple curatelle renforcée sauvegarde de justice avec mandataire
 demande en cours

Nom du représentant légal ou du tiers digne de confiance : _____
Appartement : _____ Bâtiment : _____ Résidence : _____
Adresse (numéro et rue) : _____
Quartier / tribu : _____
Commune / village : _____ BP : | | | | | | | | Code postal : | | | | | | | |
N° CAFAT : | | | | | | | | Date de naissance : ____ / ____ / ____

 Joindre une **photocopie du jugement et une photocopie de la pièce d'identité du représentant légal.**

Situation familiale de l'adulte concerné

- Vous êtes : célibataire marié(e) en union libre / concubinage ou pacsé(e)
 séparé(e) divorcé(e) veuf(ve) Depuis le : ___ / ___ / ___

- Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____ Lieu de naissance : _____

N° CAFAT : |_|_|_|_|_|_|_|_| Situation professionnelle : _____



Joindre la **photocopie d'un titre d'identité de votre conjoint**.

- Nombre d'enfants : _____ dont _____ à charge Autres personnes à charge : _____



Si vous avez un ou des enfant(s) majeur(s) scolarisé(s): joindre le(s) certificat(s) de scolarité.

Situation professionnelle de l'adulte concerné

Niveau scolaire, indiquez la dernière classe fréquentée : _____

En emploi rémunéré depuis le : ___ / ___ / _____

- Statut professionnel : salarié patenté contrats aidés/d'insertion en milieu protégé
- Durée du travail : à temps complet à temps partiel : _____ heures / semaine
- Précisions : en arrêt maladie en congé maternité en accident du travail autre
- Type de contrat (si salarié) : CDD CDI
- Nom de votre employeur : _____ Emploi occupé : _____

A la recherche d'un emploi depuis : ___ / ___ / _____ N° demandeur d'emploi : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Au chômage indemnisé du : ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____



Joindre obligatoirement le **justificatif d'attribution ou de rejet, si arrêt d'activité durant l'année.**

En formation, précisez :

du : ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____

Vous ne travaillez plus mais vous avez déjà travaillé (indiquez pour le dernier emploi en date) :

- Nom de votre employeur : _____ commune : _____
Emploi occupé : _____ année : _____
Combien de temps êtes-vous resté(e) sur ce poste : _____
- Pourquoi n'y travaillez-vous plus ? fin de contrat démission licenciement
 accident du travail
 à cause de la maladie ou autre, précisez :

Retraité(e) ou plus en activité

- Percevez-vous une retraite ? non oui, depuis le : ___ / ___ / ___
- Précisez le ou les organismes de retraite : _____ N° d'affiliation : _____
_____ N° d'affiliation : _____
_____ N° d'affiliation : _____
- S'agit-il d'une retraite anticipée pour inaptitude ? oui non

Bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail,

depuis le : ___ / ___ / _____

- Pension d'invalidité CAFAT, précisez la catégorie : 1 2 3
- Rente accident du travail : oui non



Joindre obligatoirement le **justificatif d'attribution**.

Vous subvenez à vos besoins (par la pêche, la chasse, la culture vivrière...).

Avez-vous fait des démarches en vue d'une formation/d'un reclassement professionnel ? oui non

Avez-vous été reçu par le médecin du travail ? oui non

Si oui, quelle année : |_|_|_|_|_|



Joindre une photocopie de la fiche d'aptitude.

Suivi social

Si vous êtes suivi par un travailleur social, indiquez son nom et celui de l'organisme dont il / elle dépend :

Nom : _____ Organisme : _____ Tél. : ____ . ____ . ____

Nom : _____ Organisme : _____ Tél. : ____ . ____ . ____

Contexte de la demande et modalités de son examen

- **Si vous deviez être reçu(e) en entretien par l'équipe technique de la CRHD-NC**, souhaiteriez-vous être accompagné(e) ? Si oui, précisez : traducteur, ami / membre de la famille, professionnel...

Nom et prénom : _____ Tél : ____ . ____ . ____

Peut-on vous proposer un rendez-vous à la CRHD-NC à Nouméa ? oui non


- Personne ou organisme à l'origine de la demande :

vous-même une personne de votre entourage, précisez son nom et son lien : _____

un professionnel, précisez son nom et sa fonction : _____

Motif de la demande

- Reconnaissance de handicap / perte d'autonomie** > *certificat médical CRHD à joindre à ce formulaire.*
- Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (TH)** > *certificat médical CRHD à joindre.*
- Demande de Plan d'accompagnement personnalisé (PAP)** : allocation, aide au financement d'une auxiliaire de vie (AV), un accueil de jour, hébergement, transport adapté, aménagement du domicile, matériel spécifique > *formulaire de demande de PAP auprès de la CRHD-NC à joindre.*
- Demande d'orientation** (vers un service ou une structure), précisez lequel / laquelle :

 **Veillez à renseigner avec autant de soin que possible ces formulaires, cela nous permettra de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais ; et si vous avez des informations complémentaires à nous apporter, n'hésitez pas à y joindre un courrier.**

Vous demandez un **renouvellement** ou une **révision** et vous estimez que **votre situation a changé**, précisez ce que vous demandez à modifier :

Vous demandez un traitement rapide de votre demande

Expliquez votre situation :

Le : ____ / ____ / ____

Signature :

- Signature : de la personne concernée
 de son représentant légal

- J'accepte** que la CRHD, pour les demandes d'aides en rapport avec l'emploi, échange avec le **FIPH (Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap - CHD)**.

- J'accepte** que la CRHD, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec **les professionnels qui m'accompagnent (secteur médico-social)**.

- En cochant cette case, **je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations** déclarées dans ce formulaire.

Pour information sur le traitement de ces données, reportez-vous à notre site Internet www.dass.gouv.nc, onglet handicap et dépendance.

Conformément à l'article 43 de la loi de pays n° 2009-2 du 7 janvier 2009 : « Est passible d'une amende de 596 000 Francs CFP quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir une des aides prévues dans la présente loi du pays, qui n'est pas due, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant ».