



## DEMANDE D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

A remplir par le bénéficiaire lui-même ou par un référent  
(Conseiller insertion professionnelle, assistant social, tuteur/ curateur...)

Madame, Monsieur,

Pour votre information, dans le cadre de la réforme du 01/01/2009, ce document est à compléter pour toute demande :

- d'Allocation Adulte Handicapé (hors personnes accueillies en établissement médico-social),
- de Complément de Ressources,
- d'Orientation Professionnelle
- de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé.

*Ce questionnaire professionnel est à renseigner dans son intégralité et à retourner avec le dossier complet pour permettre à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH d'apprécier votre situation.*

**Pièces à joindre :** Curriculum Vitae

**Nom :**

**Prénom :**

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone :

**Parcours scolaire :**

Dates	Intitulé de la formation	Diplôme obtenu	
		Oui	Non

**Parcours professionnel :**

Dates	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Cause du départ			
			Fin de contrat	Licenciement	Démission	Autre

Travaillez-vous actuellement ?

→ Si oui, pouvez-vous préciser votre situation professionnelle :

- Type de poste occupé :
- Entreprise :
- Depuis quand :
- Nature du contrat (CDI, CDD, CUI, intérim...) :
- Nombre d'heures/ semaine :
- Secteur privé/ public :

→ Si non :

- Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ?
  
- Quel opérateur vous accompagne dans vos démarches socio-professionnelles ?
  - Pôle Emploi
  - Cap Emploi
  - Mission Locale
  - Suivi RSA
  - Autre (préciser).....

Avez-vous un projet professionnel ? Si oui, lequel ?

Souhaiteriez-vous faire une formation ? Si oui, dans quel domaine ?

Etes-vous disponible pour l'emploi actuellement ? Sinon, pourquoi ?

Possédez-vous le permis de conduire ? Un véhicule personnel ?

Indiquez votre mobilité géographique, en kilomètres, autour de votre domicile :

D'après vous, comment la MDPH peut vous accompagner dans la réalisation de votre projet professionnel et social ?  
Attentes, souhaits et besoins :

Nom, fonction et coordonnées de la personne qui a aidé à la formulation .....

Fait à....., le.....

Signature de la personne ou de son représentant légal :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire vos demandes de compensation du handicap. Les destinataires des données sont l'ensemble du personnel de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Aisne.

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 Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.