

# FORMULAIRE DE CONTESTATION D'UNE DECISION DE LA CDAPH

Nom du bénéficiaire : ..... Prénom du bénéficiaire : .....

Date de naissance : ..... N°MDPH : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées a étudié votre dossier, puis a rendu sa décision en date du .....

Vous pouvez contester cette décision à l'aide de ce formulaire **dans les deux mois suivants la décision.**

Pour cela, vous devez renvoyer ce formulaire rempli et signé ainsi que votre notification de décision :

- par voie postale avec un envoi en recommandé pour garder trace de la date de recours
- par mail à partir du site de votre MDPH, rubrique « contactez-nous »
- par simple dépôt à l'accueil de la MDPH

➤ **Pour quelles raisons contestez-vous la décision ?** Cochez la case correspondante

- Vous pensez que votre situation n'a pas été comprise
- Votre situation a évolué depuis cette décision

➤ **Que contestez-vous ?** Cochez la ou les case(s) correspondante(s)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)                            | <input type="checkbox"/> Carte Mobilité Inclusion (CMI) mention Stationnement  |
| <input type="checkbox"/> Complément de ressources   | <input type="checkbox"/> Formation professionnelle                             |
| <input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP)                 | <input type="checkbox"/> Mesures scolaires                                     |
| <input type="checkbox"/> Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels (ACFP)          | <input type="checkbox"/> Orientation en établissement et service médico-social |
| <input type="checkbox"/> Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et compléments | <input type="checkbox"/> Orientation professionnelle                           |
| <input type="checkbox"/> Assurance Vieillesse du Parent au Foyer (AVPF)                     | <input type="checkbox"/> Reconnaissance Travailleur Handicapé (RQTH)           |
| <input type="checkbox"/> Carte Mobilité Inclusion (CMI) mention Invalidité ou Priorité      | <input type="checkbox"/> Prestation de compensation du handicap (PCH)          |

Vous pouvez préciser si vous le souhaitez (Veuillez noter que le taux d'incapacité ne peut être contesté auprès de la MDPH) : .....

.....

➤ **Comment souhaitez-vous contester ?** Cochez la case correspondante

- Une conciliation** avec une personne qualifiée<sup>1</sup>

Dans le cadre de la conciliation, et sur demande de la personne qualifiée, j'autorise la MDPH à fournir tous les documents nécessaires à l'étude de mon dossier (y compris les pièces médicales).  OUI  NON

- Un Recours Administratif Préalable Obligatoire (RAPO)**

**Fournissez, dès que possible, tous les éléments et justificatifs à prendre en compte pour argumenter votre contestation, y compris d'éventuels éléments nouveaux.**

Date :

Signature :

\_\_\_\_\_