



Informations complémentaires relatives à votre situation professionnelle

Madame, Monsieur,

Vous allez déposer à la MDPH une demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), d'Orientation Professionnelle (ORP) ou d'Allocation Adultes Handicapés (AAH).

Afin que votre demande puisse être ainsi traitée dans les meilleurs délais, nous vous invitons à compléter le formulaire ci-joint qui permettra le recueil d'informations complémentaires relatives à votre situation professionnelle.

Nous vous précisons que dans le cadre d'une demande de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), la décision de la commission pourrait également porter sur une Orientation Professionnelle (ORP).

N'hésitez pas à joindre à votre dossier tous documents éclairant votre situation :

- CV
- documents liés à l'orientation professionnelle (contrat de travail, inscription pôle emploi, notification d'invalidité de la CPAM, ...)
- bilan d'un partenaire du service public de l'emploi (pôle emploi, cap emploi, mission locale, ...)
- bilan d'un service social (Carsat, MSA, RSI, ..)
- bilan du Sameth, d'un centre de préorientation
- fiche d'aptitude du médecin du travail

Si vous souhaitez bénéficier de l'accompagnement d'un professionnel dans vos démarches, vous pouvez vous adresser :

- à la MDPH www.mdph.oise.fr
- à votre conseiller d'insertion professionnelle, un travailleur social, votre tuteur ou curateur
- à la Maison Départementale de la solidarité (MDS) la plus proche de votre domicile (pour trouver leurs coordonnées : www.oise.fr)

Pour toute précision complémentaire, vous pouvez contactez la MDPH : 0800 894 421 ou mdph.contact@oise.fr



Informations complémentaires relatives à votre situation professionnelle

M. Mme NOM d'USAGE : Prénom :

Né(e) le : L L L L L L L L L L Tel: L L L L L L L L L L Port : L L L L L L L L L L

Courriel :@.....

Adresse :

Situation familiale : Célibataire

Vie maritale

Marié(e)

Pacsé(e)

Divorcé(e)

Veuf (ve)

Nombre d'enfants à charge : L L et âge L L L L L L L L L L

MOBILITE

Permis B : Oui Non Autres permis:

Votre temps et/ou distance de conduite sont-ils limités ? Oui Non

Si oui, précisez la distance :

Quels sont vos moyens de locomotion ?

Aucun

Vélo

Transport en commun

Voiture sans permis

Moto/Scooter

Voiture

Autre :

SCOLARITE & FORMATION

Français : parlé lu écrit en cours d'acquisition (plusieurs choix possibles)

Autre(s) langue(s) (précisez) :

parlé

lu

écrit

en cours d'acquisition

❖ Scolarité

Scolarité en cours : Non

Oui : précisez :

Niveau d'études :

Dernier diplôme obtenu :

❖ Formation

Année	Intitulé de la formation	Obtenu : oui ou non	Compétences acquises

PARCOURS PROFESSIONNEL

❖ Quelle est votre situation actuelle?

- En emploi
- ✓ Employeur :
 - ✓ Depuis le :
 - ✓ Poste occupé :
 - ✓ Type de contrat :
 - ✓ Durée du contrat :
 - ✓ Nombre d'heures travaillées par semaine :
 - ✓ Poste aménagé : Non Oui : précisez
 - ✓ Poste à aménager : Non Oui : précisez

Merci de nous adresser la fiche d'aptitude du médecin du travail précisant les aménagements nécessaires

- Pension d'invalidité, catégorie 1 2 3 depuis le
- Arrêt maladie ou Accident de travail depuis le
- Congé maternité ou congé parental, reprise prévue le
- Sans emploi
- Autre : précisez.....

❖ Si vous n'avez pas d'employeur, complétez cette partie

- Avez-vous déjà travaillé ? Oui Non

Si Oui, complétez les questions ci-dessous

- Date de fin d'activité : Dernier poste occupé :
- Durée de votre dernière activité :
- Motif de l'arrêt :
- Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement de votre poste de travail ? Oui Non

Si oui, précisez :

Vous êtes (plusieurs réponses possibles) :

- Demandeur d'emploi
- Inscrit à Pôle Emploi
- Suivi par : Pôle Emploi
- Mission Locale
- Cap Emploi
- RSA
- autre (précisez).....

❖ Vos expériences professionnelles

Période et durée de l'emploi (ou du stage)	Intitulé du poste	Activités exercées	Date et motif de l'arrêt (licenciement, démission, fin de contrat, ...)

ORIENTATIONS et PRECONISATIONS MDPH

- Avez-vous déjà bénéficié d'une décision d'orientation professionnelle de la MDPH ?

- Oui Non

Si oui, laquelle ? ESAT Entreprise adaptée Centre de réadaptation - Préorientation
 Centre de réadaptation – Formation Professionnelle UEROS

- Avez-vous mis en œuvre cette orientation ou préconisation ? Oui Non

Si non, pour quelles raisons ?

.....

PROJET PROFESSIONNEL

- Souhaitez-vous travailler ou retravailler ? Oui Non

✓ Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

- Avez-vous un projet professionnel ? Oui Non

✓ Si oui, lequel ?

.....
.....
.....

- **Souhaitez-vous faire une formation ?** Oui Non

✓ Si oui, dans quel domaine ?

.....
.....
.....

- **Etes-vous prêt à vous déplacer hors de l'Oise ? (si la MDPH vous propose une formation dans un centre adapté* à votre handicap avec une possibilité d'hébergement)**

Oui Non

✓ Si non, pourquoi

.....
.....
.....

*** Un centre de réadaptation professionnelle (CRP) propose des formations de préorientation et/ou de formations qualifiantes.**

- Toutes les formations sont rémunérées
- Possibilité d'hébergement gratuit

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement aidé(e) à remplir cette fiche :

Fait à :

le :

Signature de la personne concernée

de son représentant légal