

# DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles

Formulaire de demande de la prestation de compensation du handicap (PCH) au titre de l'aide à la parentalité pour les personnes ayant un droit ouvert à la PCH



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

## À qui s'adresse ce formulaire ?

**Vous avez un droit ouvert à la PCH et souhaitez bénéficier des nouvelles aides à la parentalité.**  
Vous devez utiliser ce formulaire pour adresser votre demande à la MDPH/MDA, accompagné des pièces justificatives indiquées.

### 1 Identification et situation du demandeur

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° de dossier à la MDPH : .....

Dates d'attribution de la PCH en cours ou de droit ouvert à la PCH : .....

Nombre d'enfants : .....

Vous attendez un enfant et souhaitez bénéficier des aides à la parentalité à sa naissance

Situation de monoparentalité :  **Oui** (dans ce cas compléter l'attestation jointe)  **Non**

### 2 Identification de la demande

**PCH Aide humaine à la parentalité**

Conditions cumulatives relatives au demandeur :

Être bénéficiaire de l'élément 1 aide humaine de la PCH Et  
avoir au moins un enfant âgé entre 0 et 7 ans

**PCH Aides techniques à la parentalité**

Conditions cumulatives relatives au demandeur :

Être bénéficiaire de la PCH  
Et avoir un enfant qui vient de naître ou qui va naître, ou qui fêtera son 3ème et/ou son 6ème  
anniversaire au cours de la période d'attribution de la PCH.


3

### Identification et date(s) de naissance de(s) enfant(s)

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

4

### Pièces à joindre :



Pour permettre le traitement de votre demande, pensez à joindre à ce formulaire daté les documents suivants :

**Pièces obligatoires :**  
Extrait d'acte de naissance de chacun des enfants (si vous attendez un enfant, ce document sera à fournir ultérieurement).

Le : ..... / ..... / .....

Signature : 

Signature :  De la personne concernée  
 De son représentant légal

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.