



Informations complémentaires relatives à l'orientation professionnelle

Madame, Monsieur,

Vous allez déposer à la MDPH une demande d'Orientation Professionnelle ou une demande de renouvellement de l'AAH au titre de l'article 821-2 du code de la sécurité sociale (votre taux d'incapacité est compris entre 50 et 79% et l'allocation vous a été attribuée pour 2 ans maximum).

Nous vous invitons à compléter votre demande à l'aide du formulaire joint qui permettra le recueil d'informations complémentaires relatives à l'orientation professionnelle. Votre demande pourra être ainsi traitée dans les meilleurs délais.

Ne pas remplir ce document au dépôt de la demande, c'est prendre le risque qu'il vous soit demandé à la suite d'un ajournement car l'équipe pluridisciplinaire manquera d'éléments pour statuer. Le temps de traitement de votre demande sera allongé.

De façon générale, n'hésitez pas à joindre à votre dossier tous les documents éclairant votre situation personnelle (bilans de professionnels de santé, tous documents liés à l'orientation professionnelle, ...).

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

- A la Maison Départementale de la Solidarité la plus proche de votre domicile (pour trouver les coordonnées des MDS : www.oise.fr)
- A la MDPH www.mdph.oise.fr

Pour toute précision complémentaire, vous pouvez contactez la MDPH : 0800 894 421 ou mdph.contact@cg60.fr



Informations complémentaires relatives à l'orientation professionnelle

Madame, Monsieur

Pour permettre à l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) d'étudier vos demandes, merci de remplir ce document et de le retourner **rapidement** à la MDPH 1, rue de Filatures, Espace St Quentin à Beauvais.

Vos demandes seront évaluées à réception du document.

Vous pouvez vous faire aider par votre conseiller insertion professionnelle, assistante sociale, tuteur-curateur...

Merci de joindre un curriculum vitae (CV) à jour si vous en avez un.

M. Mme NOM d'USAGE : Prénom :

Né(e) le : LL LL LLLL Tel: LL LL LL LL LL LL Port : LL LL LL LL LL LL

Courriel :@.....

Ville de résidence :

Situation familiale : Célibataire

Vie maritale

Marié(e)

Pacsé(e)

Divorcé(e)

Veuf (ve)

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

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 ?

Voiture

Moto/Scooter

Vélo

Transport en commun

Aucun

Pouvez-vous vous éloigner du domicile familial ?

Oui

Non

Si oui, y compris pour plusieurs jours (formation)

Oui

Non

Si oui, y-a-t-il des conditions (difficulté de garde d'enfants, ...) :

.....

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 (compléter si vous n'avez pas de CV à joindre)

Période	Intitulé de la formation	Organisme ou établissement de formation	Attestation, certificat, titre, diplôme ou niveau obtenu (préciser l'année d'obtention)

PARCOURS PROFESSIONNEL

❖ Quelle est votre situation actuelle par rapport au travail ?

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

.....

Arrêt maladie ou Accident de travail depuis le

Pension d'invalidité, catégorie 1 2 3 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

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 (**compléter si vous n'avez pas de CV à joindre**)

Période et durée de l'emploi (ou du stage)	Emploi que vous avez occupé ou que vous occupez	Nom de l'entreprise	Activités exercées

ORIENTATIONS et PRECONISATONS MDPH

- Avez-vous déjà bénéficié d'une orientation ou d'une préconisation MDPH ? Oui Non

Si oui, laquelle ? ESAT Entreprise adaptée Centre de réadaptation (CRP/UEROS) – PREORIENTATION
 Centre de réadaptation (CRP/UEROS) – FORMATION PROFESSIONNELLE

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

Si non, pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

PROJET PROFESSIONNEL

- Vous sentez-vous capable de travailler ou retravailler ? Oui Non

Si non, pour quelles raisons ?.....

.....

.....

.....

- **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 ?

.....

.....

.....

.....

✓ Si oui, êtes-vous prêt à vous déplacer du lundi au vendredi hors Oise ? Oui Non

Si non, pourquoi

.....

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