

# DEMANDE DE PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP EN URGENCE (PCHu)

Vos courriers postaux sont à adresser au siège de la MDPH DU NORD :  
MDPH 59 - 21 rue de la toison d'or - CS 20 372 - 59666 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX  
☎ 03 59 73 73 73

Date de la demande : .....

Territoire concerné :  Lille  Roubaix-Tourcoing  Flandres  
 Valenciennes-Avesnes  Douai-Cambrai

Numéro de dossier MDPH (le cas échéant) : .....

Bénéficiaire de la PCH :  Oui  Non

## DEMANDEUR

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Adresse de résidence : .....

Téléphone : .....

Vit seul  Vit avec d'autres personnes

Nom de la personne référente (famille ou autre, précisez) : .....

Coordonnées téléphoniques : .....

Lieu de vie au moment de la demande :

A domicile  En établissement  A l'hôpital  
Précisez : ..... Précisez : .....  
Date de sortie envisagée le : .....

## STRUCTURE ACCOMPAGNANT LA DEMANDE

Service Social : .....

Hôpital, clinique ou structure : .....

Autre, précisez : .....

Nom du professionnel : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

## PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE

> Une note sanitaire, sociale ou médico-sociale\* rédigée par un professionnel de santé, social ou médico-social et justifiant l'urgence de la demande (sur papier libre ou ci-dessous) :

- > Une demande de PCH (Formulaire de demande MDPH dûment rempli)
- > Le certificat médical de moins de 6 mois (cerfa fourni avec le formulaire de demande)
- > Une photocopie d'un justificatif d'identité de la personne en situation de handicap et, le cas échéant, de son représentant légal
- > Une photocopie d'un justificatif de domicile (pour les adultes)
- > Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)
- > Un relevé d'identité bancaire (RIB)
- > Une photocopie du dernier avis d'imposition



**Merci de préciser le nom du service d'aide à domicile auquel vous souhaitez avoir recours :** .....

Pour prendre sa décision, le Département a **nécessairement** besoin de cette information.  
En l'absence, votre demande restera en attente.

**En signant ce document, vous autorisez les services de la MDPH à transmettre aux partenaires de l'évaluation (évaluateurs, médecins, professionnels de santé, services d'aide à domicile, etc.) les éléments qui concernent votre situation.**

Fait à : ..... Le : .....

Signature(s) :

De la personne concernée  
ou de son représentant légal

Du professionnel accompagnant

**Ces éléments sont à envoyer par mail ([mdph@lenord.fr](mailto:mdph@lenord.fr) : **veuillez indiquer en objet « PCHU »**) ou par courrier postal à la MDPH (adresse en haut de la page 1 de ce formulaire).  
Vous pouvez également les déposer dans la boîte aux lettres de la MDPH.**

**En cas d'incomplétude du dossier de demande de PCH,  
aucune réponse ne pourra être apportée au titre de la PCH en Urgence.**

**Concernant le suivi de votre demande de PCHu, veuillez contacter :**

**[lille-mdph@lenord.fr](mailto:lille-mdph@lenord.fr) ; [roubaix-tourcoing-mdph@lenord.fr](mailto:roubaix-tourcoing-mdph@lenord.fr) ; [dunkerque-mdph@lenord.fr](mailto:dunkerque-mdph@lenord.fr) ;  
[valenciennes-avesnes-mdph@lenord.fr](mailto:valenciennes-avesnes-mdph@lenord.fr) ; [douai-cambrai-mdph@lenord.fr](mailto:douai-cambrai-mdph@lenord.fr)**

**\*Une note sanitaire, sociale ou médico-sociale justifiant l'urgence de la demande peut reprendre :**  
les antécédents médicaux, l'histoire de la maladie et/ou de la perte d'autonomie, les capacités de la personne et ses limitations d'activité dans les actes essentiels (toilette, habillage, élimination, déplacements, alimentation, etc.), les pathologies en cours, traitements et soins associés (sondes, trachéotomies, gastrostomies, radiothérapies, ...), un descriptif de l'environnement actuel du demandeur : présence active de l'entourage, accompagnement social, matériel de compensation, professionnels intervenants, ...