

Questionnaire professionnel

Cet outil est à compléter systématiquement pour toute demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, d'orientation professionnelle et/ou d'allocation aux adultes handicapés.

Afin d'optimiser l'étude de votre demande il vous est conseillé de joindre à votre dossier MDPH :

- Ce questionnaire professionnel
- Un curriculum Vitae
- La fiche d'aptitude (médecine du travail)
- Tout autre bilan que pourraient vous fournir les aidants ou professionnels qui vous accompagnent. Demandez-leur.

Pour toute question relative à ce document, des assistants de l'équipe pluridisciplinaire sont à votre disposition au 03.23.24.89.62

NOM **Nom d'épouse**

Prénom **Sexe** F M **Date de naissance** :

Tél : **Mail** :

Situation : Vit seul(e) Vit avec (lien) **Commune** :

Ressources : Salaire ARE / ASS Indemnités journalières Pension Invalidité catégorie :

RSA AAH Autre : Sans

Rente : Accident du travail Maladie professionnelle **Taux IPP** :%

Assurance maladie : Régime Général MSA Gas BTP Autre :

Accompagnement social (Tuteur, Service Social, Association...)

Formulaire rempli : Seul Avec l'aide de

MA SITUATION

Mes centres d'intérêts :

.....

.....

.....

Mes atouts et points forts :

.....

.....

.....

Les personnes de mon entourage qui m'accompagnent :

.....

.....

.....

Mobilité :

Permis de conduire: Oui Non En cours En projet

Impossible du fait de :

Mode de transport habituel :

Transports en commun à proximité : Oui Non

Arrêt de bus Gare

Distance possible domicile / lieu de travail :km / Zone :

MON BILAN PROFESSIONNEL (Joindre CV)

Parcours scolaire :

Dates + Durée	Intitulé de la formation	Diplôme obtenu :	
		Oui	Non

Parcours professionnel : Jamais travaillé

Dates + Durée	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Cause du départ			
			Fin de contrat	Licenciement + motif (exemple : inaptitude, etc..)	Démission	Autre

Situation professionnelle actuelle :

En cours d'emploi

- CDI CDD jusqu'au Intérim
 Apprentissage Stagiaire Contrat Aidé Autre :
 Travailleur indépendant Entreprise adaptée ESAT (CAT)

Temps de travail

- Temps plein Temps partiel :% ou nombre d'heures/semaine :

Raison du temps partiel :

Employeur : Département : Date d'embauche :

Secteur professionnel : Privé Public

Métier exercé :

Poste adapté : OUI NON / Suivi SAMETH – CDG 02 : OUI NON

En arrêt maladie : OUI NON En accident de travail : OUI NON

Ou maladie professionnelle : OUI NON

Sans emploi

Suivi Pôle Emploi..... Cap Emploi..... Mission Locale Autre (précisez)

Autre Précisez : (exemple : congé parental etc.)

.....

MON PROJET PROFESSIONNEL

Orientation professionnelle : Cochez :

- Bilan professionnel Formation Maintien emploi Recherche emploi Création emploi
 Je ne souhaite pas travailler Je ne peux pas ou plus travailler

Mon projet professionnel :

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

Je laisse s'exprimer un professionnel qui m'accompagne * (précisez l'identité, la fonction et l'organisme) :

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

* ex : Conseiller emploi, référent insertion, travailleur social, Association, etc ...

Cachet :

Signature :

Bon à savoir :

- **Un dossier bien complété facilite le traitement de votre demande.**
- **Les informations concernant l'ouverture des droits sont susceptibles d'être transmises à d'autres organismes (CAF, MSA, Cap emploi, SAMETH...) excepté aux employeurs dont la transmission relève du seul choix de la personne.**
- **Le calcul du montant de l'AAH est défini selon des critères administratifs et des conditions de ressources vérifiés par la CAF.**
- **Dans le cadre de la réforme de 2011, toute demande d'AAH entraîne une étude de la RQTH et de l'orientation professionnelle.**

Fait à : **Le :** **Signature :**

.....

Maison Départementale des Personnes Handicapées de l'Aisne
Route de Besny – 02000 LAON ☎ 03.23.24.89.62 📧 mdp@equipe.pluridisciplinaire@aisne.fr

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser à mdph@aisne.fr