

Formulaire de demande de carte de mobilité inclusion (CMI)

Personnes déjà bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

**À RENVoyer DIRECTEMENT À : Direction de l'Autonomie / Service instruction APA
Hôtel du Département / 51, rue Gustave Delory / 59047 LILLE cédex**

Votre numéro d'allocataire :

Nom (de naissance suivi, s'il y a, du nom d'usage) :

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Adresse actuelle :

Je suis bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie au titre du GIR 1, 2 ou 3 :

- Je souhaite bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " **invalidité** " :
 oui non avec mention supplémentaire besoin d'accompagnement oui non
- Je souhaite bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " **stationnement pour personnes handicapées** " :
 oui non

Je suis bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie au titre du GIR 4 :

- Je souhaite bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " **priorité** " :
(si oui, merci de faire remplir le certificat, au verso, par votre médecin)
 oui non
- Je souhaite bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention " **stationnement pour personnes handicapées** " : (si oui, merci de faire remplir le certificat, au verso, par votre médecin)
 oui non

Cartes en cours : je bénéficie déjà d'une carte :

- " invalidité " : oui non Date d'expiration :
- " priorité " : oui non Date d'expiration :
- " stationnement pour personnes handicapées " : oui non Date d'expiration :



Ces cartes en cours restent toujours valables sur leurs périodes de validité, et au plus tard jusqu'au 31/12/2026.

Dans ce cas les nouvelles cartes ne sont donc pas nécessaires.

Motif de la demande de la nouvelle carte mobilité inclusion :

Signature du bénéficiaire ou de son représentant légal : Mme M. :

À :, le :/...../..... Signature

Formulaire de demande de carte de mobilité inclusion (CMI)

Personnes déjà bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Attestation Médicale

À NE REMPLIR UNIQUEMENT QUE POUR LES PERSONNES CLASSÉES EN **GIR 4**
SUITE À ÉVALUATION MÉDICO-SOCIALE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Je soussigné(e), Docteur

certifie que l'état de santé de Mme / M.

justifie l'attribution de la :

- CMI avec mention « **Priorité** »*
- CMI avec mention « **Stationnement pour personnes handicapées** »**

Date : / /

Coordonnées du médecin :

Signature/Cachet :

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

*Cf. Articles L.241-3 et R.241-12-1 du code de l'action sociale et des familles.

Délivrée à toute personne atteinte d'une incapacité inférieure à 80%, et pour laquelle la station debout est considérée pénible, en tenant compte, le cas échéant, des aides techniques auxquelles elle a recours.

** Cf. Arrêté du 3 janvier 2017 (JORF n°0004 du 5 janvier 2017 texte n°23) relatif aux modalités d'appréciation d'une mobilité pédestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement individuel, prévue à l'article R.241-12-1 du code de l'action sociale et des familles.

Délivrée à toute personne atteinte d'une perte d'autonomie qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied (périmètre de marche < 200 m), qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements, ou qu'elle ait recours à un appareillage d'aide à la marche (déambulateur, canne, ...) ou à un fauteuil roulant, ou qu'elle ait recours à un appareillage d'oxygénothérapie