

FORMULAIRE
1^{ERE} DEMANDE OU RENOUELEMENT DE LA CARTE
MOBILITE INCLUSION (CMI)

(ANNEXE 2.9 du Code de l'action sociale et des familles)

À retourner à l'adresse ci-contre

I. Renseignements concernant le demandeur

Nom : Nom de naissance :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
.....

II. Objet de la demande

1) **Si vous bénéficiez de l'APA au titre du GIR 1 ou 2**, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la CMI comportant les mentions « **invalidité** » et « **stationnement pour personnes handicapées** ».

☞ Souhaitez-vous bénéficier de la **CMI** comportant la mention « **invalidité** » ? : OUI NON

Si oui, s'agit-il d'une **demande de** :

renouvellement des droits (carte arrivant à expiration) :

remplacement d'une carte d'invalidité délivrée pour une durée définitive

☞ Souhaitez-vous bénéficier de la **CMI** comportant la mention « **stationnement pour personnes handicapées** » ? : OUI NON

Si oui, s'agit-il d'une **demande de** :

renouvellement des droits (carte arrivant à expiration)

remplacement d'une carte européenne de stationnement délivrée pour une durée définitive

2) **Si vous bénéficiez de l'APA au titre du GIR 3 ou 4**, l'équipe médico-sociale peut apprécier si votre situation justifie l'attribution de la mention « **priorité** » et/ou de la mention « **stationnement pour personnes handicapées** » de la CMI.

☞ Souhaitez-vous bénéficier de la **CMI** comportant la mention « **priorité** » ? : OUI NON

Si oui, s'agit-il d'une **demande de renouvellement** des droits : OUI NON

☞ Souhaitez-vous bénéficier de la **CMI** comportant la mention « **stationnement pour personnes handicapées** » ? OUI NON

Si oui, s'agit-il d'une **demande de renouvellement** des droits : OUI NON

☞ Souhaitez-vous bénéficier de la **CMI** comportant la mention « **invalidité** » ? : OUI NON

Si oui, souhaitez-vous autoriser la transmission des éléments d'appréciation (questionnaire médical et grille AGGIR) à la Maison départementale des Personnes handicapées ? : OUI NON

III. Pièces à fournir

Questionnaire médical indispensable, sous pli confidentiel, pour étudier votre demande de CMI :

- Soit vous autorisez l'utilisation de celui produit pour votre demande d'APA s'il date de moins de 3 mois
- Soit vous en produisez un récent (ci-joint)

Fait à, le

Signature,