

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'Accès à 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 ou 2 :

→ Je souhaite bénéficier de la carte mobilité inclusion comportant la mention :

« **invalidité** » : 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 3 ou 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 :

 **Les 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 : _____

Signature : _____

le : _____

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

Attestation Médicale

À REMPLIR POUR LES PERSONNES CLASSÉES EN GIR 3 OU 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