



CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

FORMULAIRE DE DEMANDE

DANS LE CADRE DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

Dans le cadre de votre dossier d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), vous pouvez demander à bénéficier de la Carte Mobilité Inclusion (CMI) prévue aux articles L 241 - 3 et R 241 - 12 -III du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

La CMI peut comporter plusieurs mentions :

- mention **invalidité** (*le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité*) ou **priorité**
- mention **stationnement**

Pour les personnes les plus dépendantes, **évaluées en GIR 1 ou 2 (à domicile ou en établissement)**, la CMI invalidité et/ou stationnement est délivrée sans autre condition et à titre définitif.

Pour les personnes **évaluées en GIR 3, 4, 5 ou 6 (à domicile ou en établissement)** la CMI peut être attribuée, après appréciation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), à titre définitif ou pour une durée déterminée.

La demande de CMI doit être adressée à la MAISON DEPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

Ce formulaire vous permet de présenter votre demande de CMI. Il doit être accompagné

- de la **copie de votre décision d'APA pour les personnes en GIR 1 ou 2,**
- du **certificat médical annexé pour les personnes en GIR 3, 4, 5 ou 6.**

La demande doit être adressée à la :

**Maison Départementale de l'Autonomie
Parc de Lautagne, 42 C avenue des Langories
BP 145
26905 VALENCE CEDEX 9**

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

N° dossier APA (DFU)

(si connu)

.....

NOM..... PRÉNOM.....

NOM DE NAISSANCE.....

NÉ(E) LE /___/___/___/___/ A PAYS

N° SECURITE SOCIALE / NIR /___/___/___/___/___/___/___/___/ CLÉ /___/

ADRESSE.....

CODE POSTALVILLE.....

.....@

DEMANDE DE CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

Vous avez été déjà évalué(e) dans le cadre de l'APA (précisez votre GIR)

GIR1 GIR2 GIR3 GIR4 GIR5 GIR6

Vous souhaitez bénéficier de la CMI

Précisez ci-dessous les mentions sollicitées en cochant les cases.

• **mention stationnement** oui non

Si oui, s'agit il d'une demande de renouvellement de droits..... oui non

Date d'expiration de votre carte actuelle : /___/___/_____/

• **mention invalidité** (*le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité*) **ou priorité** oui non

Si oui, s'agit il d'une demande de renouvellement de droits..... oui non

Date d'expiration de votre carte actuelle : /___/___/_____/

Pour information :

L'attribution de la CMI fait l'objet d'une appréciation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), d'une décision de la Présidente du Conseil départemental et d'une gestion administrative réalisée par la Maison Départementale de l'Autonomie et par l'Imprimerie Nationale.

Pour tout renseignement complémentaire, **contacter Drôme Solidarités au 04 75 79 70 09**

Nom Prénom du demandeur

Fait àle /___/___/_____/

Signature du demandeur ou de son représentant légal

Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978 - Loi informatique et liberté

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatisé et sont destinées à la MDA et au Département de la Drôme. Les droits d'accès, d'opposition et de rectification prévus par la loi n° 78 - 17 du 06/01/1978 modifiée s'exercent auprès de la Présidente du Conseil départemental de la Drôme.