



DEMANDE DE CARTE DE MOBILITÉ INCLUSION - CMI POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA À DOMICILE

À retourner au

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE MEURTHE-ET-MOSELLE

Direction de l'Autonomie - Service APA à domicile

48, esplanade Jacques-Baudot - CO 90019 - 54 035 NANCY CEDEX

03 83 94 54 54 / referentcmi@departement54.fr

N° de dossier APA

Nom Nom de jeune fille

Prénom(s) Né(e) le à

Adresse

Téléphone fixe Téléphone portable

Courriel

Si vous bénéficiez de l'allocation personnalisée d'autonomie au titre du GIR 1 ou 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif de la carte mobilité inclusion (CMI) prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles avec les mentions Invalidité et Stationnement pour personnes handicapées.

Souhaitez-vous une CMI Invalidité Oui Non

Si oui : Est-ce une demande de renouvellement des droits¹ Oui Non

Est-ce une demande de remplacement d'une carte d'invalidité
délivrée pour une durée définitive : Oui Non

Souhaitez-vous une CMI Stationnement Oui Non

Si oui : Est-ce une demande de renouvellement des droits¹ Oui Non

Est-ce une demande de remplacement d'une carte de stationnement
délivrée pour une durée définitive : Oui Non

Si vous bénéficiez de l'allocation personnalisée d'autonomie au titre du GIR 3 ou 4, l'équipe médico-sociale peut apprécier si votre situation justifie l'attribution des mentions Priorité et/ou Stationnement de la CMI².

Souhaitez-vous une CMI Priorité Oui Non

Si oui, est-ce une demande de renouvellement des droits¹ Oui Non

Souhaitez-vous une CMI Stationnement Oui Non

Si oui, est-ce une demande de renouvellement des droits¹ Oui Non

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre
 en ma qualité de représentant de M./Mme
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi *Informatique et libertés* du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels. Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle, à l'attention de Madame la directrice de l'Autonomie.

Fait à le

Nom, prénom et signature du demandeur
ou de son représentant (précisez la qualité).

À remplir par le médecin traitant

Pour les bénéficiaires de l'APA à domicile,
en GIR 3 ou 4 sollicitant la CMI

CERTIFICAT MÉDICAL

Ce document sera traité par les services départementaux dans les règles de la confidentialité

Déficiences des fonctions supérieures

Troubles de la mémoire Oui Non Troubles du comportement Oui Non
Troubles de la communication Oui Non

Déficiences fonctionnelles

Troubles sur l'hémicorps gauche Oui Non Troubles sur l'hémicorps droit ... Oui Non
Périmètre de marche (en mètres) :

Aides techniques nécessaires

Canne(s)/béquilles Fauteuil roulant électrique Déambulateur
 Prothèse de membre inférieur Fauteuil roulant manuel

Déficiences sensorielles

Troubles de la vision Oui Non
 Lunettes Télé agrandisseur Loupe
 Terminal/braille Logiciel basse vision

Troubles de l'audition Oui Non

Appareil auditif oreille gauche Appareil auditif oreille droite Implant

Déficiences des fonctions digestives

Troubles de la prise alimentaire (perte d'appétit, fausses routes...) Oui Non
 Présence d'une sonde d'alimentation

Déficiences liées à l'élimination

Troubles de l'élimination urinaire Oui Non
Troubles de l'élimination fécale Oui Non
 Protections Sonde urinaire Poche de stomie

Autres

Besoin d'assistance respiratoire Oui Non
 Oxygénothérapie Présence d'une trachéotomie
 Autre appareil de ventilation (préciser) :

Traitement médical Oui Non
 Plus de 5 médicaments différents Préparation seul(e) Prise seul(e)

Pathologies évolutives chroniques Oui Non

Fait à le

Signature et cachet du médecin traitant