

DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION

Nom de naissance:

Nom marital :

Prénom :

Né(e) le :

A

Je sollicite le bénéfice d'une Carte Mobilité Inclusion comportant la mention :

INVALIDITÉ

oui non

Si oui avec mention complémentaire

- Besoin d'accompagnement
 Cécité

S'agit-il d'une demande de renouvellement de carte arrivant à expiration ?

oui non

S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte invalidité délivrée pour une durée définitive ?

oui non

Je sollicite le bénéfice d'une carte mobilité inclusion comportant la mention :

STATIONNEMENT

oui non

S'agit-il d'une demande de renouvellement arrivant à expiration ?

oui non

S'agit-il d'une demande de remplacement délivrée pour une durée définitive ?

oui non

PRIORITÉ

oui non

S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits ?

oui non

L'ensemble des pièces est à renvoyer dûment et complété à :

**CONSEIL DÉPARTEMENTALE DE LA MARNE
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ
SERVICE SOLIDARITÉ GRAND ÂGE ET HANDICAP**
5 rue Just Berland
51000 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE

Fait à , le

Signature

**Pièces à fournir
Obligatoirement**

- Le document rempli et signé
- Le questionnaire médical rempli par le médecin traitant
- Copie pièce d'identité recto-verso
- Justificatif de domicile

**Pièces à fournir en fonction
des mentions demandées**

- Si demande de renouvellement, une copie de ou des cartes déjà attribuées
- Notification pension invalidité 3^{ème} catégorie pour carte invalidité

ÉVALUATION MÉDICALE POUR UNE DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION Invalidité/Stationnement/Station debout pénible

Vous sollicitez auprès du Président du Conseil Départemental une demande de Carte Mobilité Inclusion.

Nous vous remercions de bien vouloir transmettre cette fiche de liaison à votre médecin traitant. Ce document est indispensable à l'examen de votre demande.

A remplir par le médecin

Je soussigné, Docteur Médecin traitant de :

Nom : Prénom :

Né (e) le :

Demeurant à :

Atteste les constatations suivantes :

Distance maximum pouvant être parcourue à pied sans autre aide qu'une canne :

- Sans difficulté < à 200 m Aucun déplacement
 Intérieur Extérieur

La réduction de la capacité et de déplacement est :

- Définitive Récupération possible
 Au moins 1 an Évolution défavorable

Recours systématique à une aide pour déplacements à l'extérieur :

- Oui Non

- aide humaine systématique
 déambulateur
 une canne
 deux cannes
 prothèse externe de jambe
 fauteuil roulant

Pénibilité station debout :

- Oui Non

- Surdité Oui Non

- Appareils auditifs : 1 2

- Recours à une oxygénothérapie extérieure

- Graves troubles visuels

- Cécité

- Autres difficultés rencontrées à préciser :

Entretien personnel

Toilette, habillage, continence, alimentation

A : sans difficulté

C : aide humaine partielle

B : difficilement ou avec aide technique

D : aide humaine totale

	A	B	C	D
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller, se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger et boire des aliments préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper ses aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Invalidité

Personne présentant de troubles graves ou majeurs compromettant de manière partielle ou totale l'autonomie individuelle quotidienne pour la réalisation des actes de la vie courante.

- les incapacités sont difficilement ou non compensées par des appareillages, aides techniques ou traitements
- les incapacités ne sont compensées y compris par une aide humaine qu'au prix de contraintes importantes. La personne doit être aidée totalement, partiellement ou surveillée systématiquement dans l'accomplissement des actes quotidiens.
- maladie grave et évolutive en traitement actif

Descriptif sommaire des contraintes :

.....

.....

Taux d'incapacité envisagé

< à 50%

50 à 79%

≥ 80%

Perspective d'évolution globale

- stabilité
- amélioration à envisager
- hospitalisations possibles ou programmées
- incapacité fluctuante
- aggravation
- non définie

Durée d'attribution

- 1 an
- 2 ans
- 5 ans
- 10 ans
- définitivement

Le,

Signature et cachet du médecin