Informatique et libertés

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement automatisé, auquel vous consentez, destiné à instruire votre demande de carte mobilité inclusion (CMI).

Le responsable du traitement est le Département de la Marne. La base légale du traitement est l'article 6-1-c du Règlement Général sur la Protection des Données. Cette aide s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant :

- Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données des personnes,
- Code de l'action sociale et des familles (CASF),
- Loi n° 78-17 du 06 janvier 1978, modifiée en juin 2018, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (dite « Loi Informatique et Libertés »),
- Décret n° 2016-1847 du 23 décembre 2016 autorisant la création de traitements automatisés de données à caractère personnel relatifs à la carte mobilité inclusion.
- Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de la Marne.

Les données enregistrées sont celles liées au présent formulaire ainsi que les informations librement fournies par l'usager. Les données n'ont pas pour finalité une prise de décision automatisée. L'ensemble des données est obligatoire ; tout défaut de réponse entraînera l'impossibilité de traiter votre dossier.

Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et transmises :

- le cas échéant, aux agents de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de la Marne dûment habilités ainsi qu'aux membres de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH,
- aux agents de l'Imprimerie nationale dûment habilités (en vue de la fabrication personnalisée et sécurisée et de l'envoi du titre à chacun des bénéficiaires).

Les décisions sont notifiées à la personne ayant formulé la demande d'aide (ou à son représentant légal).

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales et à l'article D241-19-3 du CASF.

Conformément aux articles 15 et suivants du Règlement (UE) 2016/679 et aux articles 38 et suivants de la Loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant. Vous pouvez également demander la limitation du traitement. Vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès. Ces droits peuvent être exercés en vous adressant, par courrier postal, au Délégué à la protection des données – Département de la Marne – 2 bis rue de Jessaint – CS 30454 – 51038 Châlons-en-Champagne cedex ou par courriel à l'adresse suivante : dpo@marne.fr. Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité nationale de contrôle (en France : CNIL – 3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex www.cnil.fr).

marne•fr

Conception Département de la Marne - ©DR - Adobe Stock - 07/2024

Demande de Carte Mobilité Inclusion (CMI) 60 ans et +

Insertion et autonomie

marne•fr

Marne LE DÉPARTEMENT

Notice explicative générale

Qu'est-ce que la Carte Mobilité Inclusion ?

Les personnes handicapées et les personnes âgées en perte d'autonomie de 60 et plus peuvent demander auprès du Département de la Marne, une **C**arte **M**obilité **I**nclusion (CMI) destinée à leur faciliter la vie quotidienne. En fonction de la situation et des besoins de la personne, cette carte peut porter une ou plusieurs des mentions suivantes : **« invalidité », « priorité » et « stationnement ».**

Quels sont les droits ouverts par chaque mention ?

Chaque mention portée sur la CMI permet au titulaire de la carte de bénéficier d'un certain nombre de droits ou d'avantages.

C'est la CDAPH (**C**ommission **D**épartementale de l'**A**utonomie des **P**ersonnes **H**andicapées) qui décide de l'attribution des CMI et des sous mentions.

CMI mention « priorité »

L'octroi de cette carte concerne les personnes pour lesquelles la station debout est pénible. Elle donne la **priorité d'accès aux places assises** dans les transports en commun, salles d'attente, manifestations accueillant du public, **priorité dans les files d'attente.**

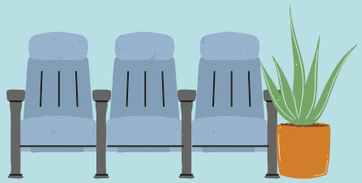
OU

CMI mention « invalidité »

Cette carte est accordée à des personnes ayant un **taux d'incapacité d'au moins 80 %** correspondant à des troubles graves entrainant une entrave majeure dans la vie quotidienne qui altèrent de manière importante l'autonomie individuelle,
Ou bénéficiant d'une pension d'invalidité 3ème catégorie ou de l'APA en GIR 1 et 2.

Cette mention permet d'obtenir, **en plus** des droits accordés par la CMI **mention priorité** :

- **L'octroi** d'une demi-part supplémentaire pour le calcul d'impôt sur le revenu
- **L'exonération**, les **abattements** ou le **dégrèvement** partiel éventuel de la taxe foncière
- **L'exonération** d'une partie des cotisations patronales de sécurité sociale
- Des **droits** à des **réductions** dans certains transports en commun
- ....



CMI mention « stationnement »

Cette carte permet à son titulaire et à son accompagnant éventuel, d'utiliser **les places de stationnement réservées** aux personnes dont la perte d'autonomie réduit leur capacité de déplacement à pied.
Les places de stationnement sur la voirie publique peuvent être utilisées à titre gratuit.

La CMI mention stationnement n'est pas attribuée à un véhicule mais à une personne. Il est impératif de placer la carte en évidence, derrière le pare-brise à l'intérieur du véhicule utilisé pour le transport du bénéficiaire.
A noter que le stationnement dans certaines communes comme Paris suppose l'enregistrement préalable de votre carte auprès de la Mairie.
Renseignez-vous !

Un deuxième exemplaire de votre « CMI STATIONNEMENT » peut être demandé (payant).

Durée et attribution

La carte mobilité inclusion peut être attribuée pour une durée de **1 à 20 ans** ou à titre **définitif** suivant la situation individuelle.

Renouvellement de la CMI

ATTENTION : Le **renouvellement** de la CMI **n'est pas automatique**, il doit être demandé auprès du Président du Conseil départemental, 4 mois avant l'échéance du droit par son bénéficiaire. Une fois la date de validité arrivée à échéance, les cartes sont **rendues inactives** (la CMI Stationnement comporte un QR code rendu inactif à échéance).
Aucune photo n'est à transmettre au Département, l'imprimerie Nationale se charge de vous la demander.

- En cas de perte ou de vol de votre CMI, merci de vous rapprocher des services du Département.
- En cas de décès, la ou les CMI délivrées sont rendues inactives et sont **à retourner au Département** pour destruction.

Voies de recours-contestations

Avant tout recours contentieux et dans un délai de 2 mois à compter de la date de réception de cette notification, vous devez former un Recours Administratif Préalable Obligatoire, par courrier auprès de Monsieur le Président du Conseil départemental - Pôle Solidarités - Direction de l'Autonomie - 2 bis, rue de Jessaint - CS 30454 - 51038 Châlons-en-Champagne cedex. Dans le cadre de ce recours, vous aurez la possibilité d'être entendu, accompagné de la personne ou de l'organisme de votre choix.
A l'issue d'un second refus suite au recours administratif préalable obligatoire, un recours contentieux pourra être formé devant :

- **le Pôle Social du Tribunal de Grande Instance** (TGI) dans le ressort duquel se trouve le domicile du requérant si votre demande concerne la mention « **invalidité** » ou « **priorité** » de votre carte mobilité inclusion.
- **Le Tribunal Administratif** (TA) de Châlons-en-Champagne si votre demande concerne la mention « **Stationnement** » de votre carte mobilité inclusion.

Marne
LE DÉPARTEMENT

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CMI

Direction de l'Autonomie

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Afin de pouvoir étudier votre demande, merci de joindre à ce formulaire de demande l'évaluation médicale complétée.

Pièces à joindre à votre demande :

- Formulaire de demande de CMI complété
- Certificat médical du Cerfa 16301*01 (3 pages)
- Copie pièce d'identité/titre de séjour recto verso (en cours de validité)
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois

En fonction de votre situation

- Justificatif de la mesure de protection
- Copie de(s) ancienne(s) carte(s)

Dossier à envoyer à

Département de la Marne
Pôle Solidarité
Direction de l'Autonomie
Service Personnes Âgées
Unité CMI
2 bis rue de Jessaint
CS 30454
51038 Châlons-en-Champagne Cedex
ou par mail à : cmi@marne.fr

/ IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Pacsé / en concubinage ☐ Divorcé / séparé ☐ Veuf

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance : ..... Nationalité : .....

Nom d'usage (si différent) : .....

Prénom (s) : .....

Date de naissance : ..... Commune / Ville de naissance : .....

Département de naissance : ..... Pays de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale (15 chiffres) : .....

/ COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Adresse (numéro et voie) : .....

Code Postal : ..... Commune / ville : .....

S'agit il d'une résidence autonomie, d'une résidence service, d'une MARPA ou d'un EHPAD ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui quelle était votre ancienne adresse : .....

Numéro de téléphone fixe : ..... / Portable .....

Adresse e-mail : .....

/ IDENTITÉ DU CONJOINT / CONCUBIN DU DEMANDEUR

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance : ..... Nationalité : .....

Nom d'usage (si différent) : .....

Prénom (s) : .....

Date de naissance : ..... Commune / Ville de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale (15 chiffres) : .....

/ MESURE DE PROTECTION

Faites-vous l'objet d'une mesure de protection ?

☐ Non ☐ Non, mais une demande est en cours ☐ Oui, la mesure a été prononcée

Joindre la copie de la décision de justice relative à la mise sous protection.

/ PERSONNE RÉFÉRENTE À CONTACTER *(Attention, les courriers lui seront directement envoyés)*

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : ..... Prénom (s) : .....

Adresse (numéro et voie) : .....

Code Postal : ..... Commune / ville : .....

Numéro de téléphone fixe : ..... / Portable .....

Adresse e-mail : .....

Nature de votre lien avec le demandeur : .....

/ CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI)

Votre demande concerne :

☐ une demande de **CMI mention Stationnement**

Ou s'agit-il d'une demande de renouvellement de carte arrivant à expiration ? ☐ oui ☐ non
(si oui joindre obligatoirement une copie de la carte)

☐ une demande de **CMI mention Priorité**

Ou s'agit-il d'une demande de renouvellement de carte arrivant à expiration ? ☐ oui ☐ non
(si oui joindre obligatoirement une copie de la carte)

☐ une demande de **CMI mention Invalidité**

⚠ **ATTENTION** *seul le taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% ouvre droit à la délivrance de la carte mention Invalidité.*
Les mentions particulières « besoin d'accompagnement » ou « cécité » sont déterminées par la CDAPH.

Ou s'agit-il d'une demande de renouvellement de carte arrivant à expiration ? ☐ oui ☐ non
(si oui joindre obligatoirement une copie de la carte)

/ EXPRESSION DES ATTENTES ET BESOINS DE LA PERSONNE *(à remplir obligatoirement)*

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à : .....

Le : .....

Signature :

Cognition / Capacité cognitive	Réalisé seul et / ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
S'orienter dans le temps	☐	☐	☐	☐
S'orienter dans l'espace	☐	☐	☐	☐
Gérer sa sécurité personnelle	☐	☐	☐	☐
Maîtriser son comportement	☐	☐	☐	☐

Précisions :

.....

.....

.....

Cohérence des réponses aux questions ? ☐ Oui ☐ Non

Si connu, indiquez le score *Mini mental state* (MMS) : .....

Précisions :

.....

.....

.....

/ DÉFICIENCES SENSORIELLES

En cas de déficience auditive avec un retentissement significatif, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (Volet 1 du Cerfa no 15695*01-certificat médical MDPH).

En cas de déficience visuelle avec un retentissement significatif, merci de joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (Volet 2 du Cerfa no 15695*01-certificat médical MDPH).

DOCUMENT RÉDIGÉ À LA DEMANDE DU PATIENT ET REMIS EN MAIN PROPRE.

Fait à : .....

Le : .....

Cachet du médecin ou numéro au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) :	Signature du médecin :

ÉVALUATION MÉDICALE OBLIGATOIRE POUR LES DEMANDES DE CMI

Marne LE DÉPARTEMENT

Direction de l'Autonomie

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Cette évaluation médicale peut être jointe sous pli cacheté et doit être adressée avec le dossier de demande de carte mobilité inclusion au département.

Les informations communiquées avec l'accord de votre patient serviront à déterminer son éligibilité à une carte mobilité inclusion (CMI).

Vous pouvez joindre à ce certificat les comptes rendus et documents les plus récents et significatifs permettant de mieux comprendre la situation.

Celui-ci est adressé à l'équipe médico-sociale (EMS) en charge de la délivrance de la CMI pour les personnes âgées de plus de 60 ans dans la Marne. Il peut donner lieu à un échange et un partage d'informations au sein de l'EMS APA qui constitue une équipe de soins.

/ COORDONNÉES DU PATIENT

Nom de naissance : .....

Nom d'usage (si différent) : .....

Prénom (s) : .....

Date de naissance : .....

Adresse (numéro et rue) : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

/ PATHOLOGIES ET SIGNES CLINIQUES CONTRIBUANT À L'ATTEINTE DE L'AUTONOMIE

Indiquez les pathologies contribuant à l'atteinte de l'autonomie et précisez les signes cliniques ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne du patient (apragmatisme, dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, troubles de la communication, etc ...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

/ PRISES EN CHARGES THÉRAPEUTIQUES

Indiquez les prises en charges thérapeutiques présentes de manière prolongée et pouvant avoir des répercussions sur la vie du patient du fait de mode d'administration, de temps de traitement, de répétitions, d'effets secondaires, de contraintes géographiques, etc ... (chimiothérapie, dialyse, etc ...) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

/ PERSPECTIVE D'ÉVOLUTION DE L'ATTEINTE DE L'AUTONOMIE

Cochez la case qui correspond le mieux à la situation du patient

☐ Amélioration (précisez la durée prévisible des limitations fonctionnelles :

☐ < 1 an ☐ > 1 an)

☐ Stabilité ☐ Aggravation ☐ Évolutivité majeure ☐ Non définie

/ MOBILITÉ – DÉPLACEMENTS

Précisez le périmètre de marche : ☐ < 200 m ☐ > 200 m

Le patient a-t-il :

- une station debout pénible ? ☐ Oui ☐ Non
- une prothèse externe des membres inférieurs ? ☐ Oui ☐ Non
- une oxygénothérapie pour tous ses déplacements ? ☐ Oui ☐ Non

Pour ses déplacements, le patient a-t-il besoin systématiquement :

- d'une aide humaine (quelles que soient les difficultés rencontrées) ? ☐ Oui ☐ Non
- d'une canne ? ☐ Oui ☐ Non
- d'un déambulateur ? ☐ Oui ☐ Non
- d'un fauteuil roulant ? ☐ Oui ☐ Non
- d'une autre aide technique ? ☐ Oui ☐ Non*

*Précisez : .....

/ ÉVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Mobilité, manipulation et capacité motrice	Réalisé seul et / ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Assurer ses transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'intérieur du domicile	☐	☐	☐	☐
Se déplacer à l'extérieur du domicile	☐	☐	☐	☐
Avoir la préhension manuelle	☐	☐	☐	☐
Avoir des activités de motricité fine	☐	☐	☐	☐

Précisions :

.....
.....
.....

Autres actes essentiels de la vie quotidienne	Réalisé seul et / ou avec une aide technique	Réalisé avec l'aide d'un proche ou d'un professionnel	Non réalisé	Ne se prononce pas
Faire sa toilette	☐	☐	☐	☐
S'habiller, se déshabiller	☐	☐	☐	☐
Manger et boire des aliments préparés	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	☐	☐	☐	☐
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	☐	☐	☐	☐

Précisions :

.....
.....
.....