

**Marne**  
LE DÉPARTEMENT



Direction de la Solidarité  
Départementale

Demande de **CMI** Carte  
Mobilité  
Inclusion  
des personnes de + de 60ans

# NOTICE EXPLICATIVE GÉNÉRALE

## CARTE MOBILITÉ INCLUSION

La carte de mobilité inclusion (CMI) instituée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 et le décret n° 2016-1849 du 23 décembre 2016 est délivrée par le Président du Conseil Départemental de la Marne à effet au 1er juillet 2017 pour les personnes âgées de 60 ans et +, bénéficiaires ou non de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA).

La carte de mobilité inclusion est unique, infalsifiable et sécurisée. Elle est fabriquée par l'Imprimerie Nationale. Elle comporte 3 options qui peuvent se cumuler :

- **mention invalidité**, pour les personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 80% ou bénéficiant d'une pension d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie ou de l'APA en GIR 1 et 2.

La mention invalidité permet d'attester que son détenteur est atteint de troubles majeurs qui altèrent de manière importante l'autonomie individuelle.

Cette mention permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public, tant pour son titulaire que pour la personne qui l'accompagne dans ses déplacements. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente. Cette disposition doit être rappelée par un affichage clair et visible dans les lieux dans lesquels ce droit s'exerce.

La mention d'invalidité permet d'obtenir :

- 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 d'habitation et de la taxe foncière
- l'exonération d'une partie des cotisations patronales de sécurité sociale
- l'exonération éventuelle de la redevance audiovisuelle
- des droits à des réductions dans certains transports en commun

C'est la Commission Départementale de l'Autonomie de la MDPH qui reconnaît, après étude de l'évaluation réalisée à domicile de la perte d'autonomie, le taux d'incapacité de la personne qui doit être égal ou supérieur à 80% pour bénéficier de cette mention invalidité.

Cette décision est transmise pour suite au Président du Conseil Départemental.

- **mention priorité**, pour 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.

- **mention stationnement**, pour les personnes dont la perte d'autonomie réduit leur capacité de déplacement à pied. Elle permet à son titulaire ou à la tierce personne l'accompagnant d'utiliser, dans les lieux de stationnement ouverts au public, les places réservées et aménagées à cet effet.

Les avantages qu'elle offre ne sont valables que lorsque la carte est apposée en évidence à l'intérieur et derrière le pare-brise du véhicule utilisé pour le transport de

la personne handicapée, de manière à être vue aisément par les agents habilités à constater les infractions.

Cette carte n'est pas attribuée à un véhicule mais à une personne. Il suffit de l'apposer dans le véhicule qui transporte la personne nécessiteuse.

### **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.

La carte mobilité inclusion mention « invalidité stationnement » est attribuée d'office à titre définitif pour les personnes évaluées en GIR 1 et 2.

### **Un deuxième exemplaire gratuit** .....

Lorsque la CMI porte la mention « stationnement pour personnes handicapées », un second exemplaire est délivré, gratuitement. La première est laissée sur le pare-brise du véhicule, la seconde est conservée dans le portefeuille. Pour cette demande, un téléservice dédié devrait être mis en place sur le site de l'Imprimerie Nationale (pas encore en service lors de la rédaction de cet article le 4 janvier 2017), qui doit également permettre de suivre, en ligne, les étapes de la délivrance de la CMI par le Président du Conseil Départemental, depuis le jour de la notification d'accord.

Tout autre exemplaire du CMI est payant.

### **Vol, perte de la CMI** .....

Un duplicata est délivré directement par l'Imprimerie Nationale par le biais de son téléservice dédié. (Service payant.)

### **Renouvellement de la CMI** .....

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.

### **Voies de recours-contestations** .....

Dans un délai de 2 mois à compter de la date de réception de cette notification, vous pouvez former :

- Un recours amiable, par courrier, auprès de Monsieur le Président du Conseil Départemental, Direction de la Solidarité Départementale, service Solidarité, Grand Âge et Handicap, Allocation Personnalisée d'Autonomie, 2 bis, rue de Jessaint, 51038 Châlons en Champagne Cedex.
- Un recours contentieux devant :
  - le Pôle Social du Tribunal de Grande Instance (TGI) dans le ressort duquel se trouve le domicile du requérant, pour les CMI mention « invalidité » et « priorité ».
  - le Tribunal Administratif (TA) de Châlons en Champagne pour la CMI mention « stationnement ».

## **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'utilisateur. 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](mailto: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](http://www.cnil.fr)).

## DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION

Nom de naissance : .....

Nom marital : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse mail : .....

### 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

***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte***

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

Oui  Non

***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte***

### 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

***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte***

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

Oui  Non

***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte***

#### ● PRIORITÉ

Oui  Non

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

Oui  Non

***Si oui, joindre obligatoirement une copie de la carte***

Expression des attentes et besoins de la personne **à remplir obligatoirement** :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

**DÉPARTEMENT DE LA MARNE**  
**DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ DÉPARTEMENTALE**  
**SERVICE SOLIDARITÉ, GRAND ÂGE ET HANDICAP**  
2 bis rue de Jessaint - CS 30454  
51038 Châlons-en-Champagne cedex

Fait à ....., le .....

Signature

**Pièces à fournir  
obligatoirement**

- Ce 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<sup>ème</sup> catégorie  
pour carte invalidité

**Merci de ne joindre aucune photographie**

## ÉVALUATION MÉDICALE POUR UNE DEMANDE DE CARTE MOBILITÉ INCLUSION Invalidité / Stationnement / Priorité

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.

### À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Je soussignée(e) Docteur .....

Médecin traitant de,

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Raisons principales à l'origine de la demande CMI  
**à remplir obligatoirement** : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Poids ..... Taille .....

## MOBILITÉ

Périmètre de marche : ..... mètres

	1	2	3
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Station debout pénible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 : Pas de difficulté  
2 : Difficulté modérée  
3 : Difficulté grave  
ou absolue

### 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

### AUTRES LIMITATIONS

- Surdité       Oui       Non  
 Appareils auditifs       1       2  
 Recours à une oxygénothérapie extérieure  
 Graves troubles visuels  
 Cécité  
 Autres difficultés rencontrées, à préciser .....

### La réduction de la capacité de déplacement est :

- Définitive       Récupération possible  
 Au moins d'1 an       évolution défavorable

### Entretien personnel

Toilette, habillage, continence, alimentation

A : Sans difficulté      B : Difficilement ou avec aide technique  
C : Aide humaine partielle      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"/>

### Perspective d'évolution globale

- Stabilité       Incapacité fluctuante  
 Amélioration à envisager       Aggravation  
 Hospitalisation possibles ou programm es       Non définie

Fait à .....  
le .....

Signature et cachet du médecin  
**obligatoire**