|  |
| --- |
| **demande simplifiée de cmi****C**arte **M**obilité **I**nclusionArticle 241-3 du CASF |



**DGA SOLIDARITE**

|  |
| --- |
| **pour les bénéficiaires de l’apa****A**llocation **P**ersonnalisée d’**A**utonomie |

**Direction des Politiques de l’Autonomie**

**Service Prestations Autonomie**

**Pôle APA :** 🕾 05 62 67 42 32

* apa-a-domicile@gers.fr

La Carte Mobilité Inclusion est accordée sur demande et en fonction du degré d’autonomie.

|  |
| --- |
| **demandeur** |
| Nom de naissance : ……….……………………Nom d’usage : ……….…….………………….…Prénom : ……………………….……………….….Date de naissance : ………/………/….…..…. | Adresse : ……………………………………………………………………………..……………………………………………………🕾 : ………………………………………………………………….🖂 : ………………………………………@……………………… |
|  |  |
| **première demande de cmi** |
| Votre demande concerne :• une CMI mention **Stationnement** [ ]  oui [ ]  non• une CMI mention **Priorité ou Invalidité** [ ]  oui [ ]  non |
| **demande de renouvellement de cmi** |
| Votre demande concerne :• une CMI mention **Stationnement** [ ]  oui [ ]  non• une CMI mention **Priorité ou Invalidité** [ ]  oui [ ]  non⇨ **joindre la / les copie(s) de la / des carte(s) qui arrive(nt) à échéance** |
|  |
| **Date** | **Signature du demandeur ou de son représentant légal** |
| ………/………/……… |  |