|  |
| --- |
| **demande simplifiée de cmi**  **C**arte **M**obilité **I**nclusion  Article 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](mailto: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** | |
| ………/………/……… |  | |