DEMANDE SIMPLIFIÉE D'UNE CARTE D'INVALIDITÉ ET D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT

- Si vous bénéficiez de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie au titre du GIR 1 ou GIR 2, vous pouvez bénéficier sans autre condition et à titre définitif, de la carte mobilité inclusion (CMI) prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles comportant les mentions « invalidité » et « stationnement pour personnes handicapées ».
- Si vous êtes évalué(e) en GIR 3 ou GIR 4, vous pouvez éventuellement prétendre à l'attribution de la CMI selon le résultat de l'évaluation médico-sociale.

Souhaitez-vous bénéficier de la Carte Mobilité Inclusion (CMI) prévue à l'article L. 241-3 du CASF portant la mention :

Invalidité ☐ oui ☐ non **1re demande** ☐ oui ☐ non

- S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits (carte arrivant à expiration) ☐ oui ☐ non
- S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte d'invalidité délivrée pour une durée définitive ☐ oui ☐ non
  si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026

Priorité ☐ oui ☐ non **1re demande** ☐ oui ☐ non

- S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits (carte arrivant à expiration) ☐ oui ☐ non
- S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte de priorité délivrée pour une durée définitive ☐ oui ☐ non
  si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026

Stationnement ☐ oui ☐ non **1re demande** ☐ oui ☐ non

- S'agit-il d'une demande de renouvellement des droits (carte arrivant à expiration) ☐ oui ☐ non
- S'agit-il d'une demande de remplacement d'une carte européenne de stationnement délivrée pour une durée définitive ☐ oui ☐ non
  si oui, vous conserverez votre carte et vos droits actuels qui sont valides jusqu'au 31/12/2026

La mention « demande de stationnement » qui peut être délivrée sur l'appréciation de l'Équipe Médico-sociale est également accompagnée d'un questionnaire médical à compléter par votre médecin **(cf. questionnaire médical joint)**.

Concernant le renouvellement des cartes précitées, merci de joindre une copie de la carte ou des cartes déjà attribuées.

ATTENTION : Pour une même personne : aucune de ces prestations n'est cumulable avec l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA)

ENGAGEMENT DE LA DEMANDE

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations, m'engage à faciliter toute enquête pour les vérifier et à faire part de toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint ou de la personne vivant maritalement avec moi.

Pour l'instruction de ma demande d'ADPA, j'accepte :
- la visite à mon domicile, d'un membre de l'équipe médico-sociale du Département,
- que l'équipe médico-sociale du Département, pour mieux connaître mes besoins, échange et partage certaines informations me concernant (de nature sociale, médicale, administrative) avec les professionnels qui m'accompagnent.

Pour l'instruction de ma demande de CMI, j'accepte que les données médicales soient transmises à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) en cas de besoin.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. Les sommes indûment perçues feront l'objet d'un remboursement (article L 232-27 du code de l'Action Sociale et des Familles – art. 313-1 à 313-3 du code pénal).

Je déclare avoir pris connaissance de l'intégralité des informations ci-dessus.

Fait à ....., le .....

Qualité du signataire
(identité et lien avec le demandeur)

Signature du demandeur
(ou tuteur légal)

Informatique et libertés :
Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Département de la Vendée pour la gestion de l'allocation départementale personnalisée d'autonomie (ADPA) et la gestion de la carte mobilité inclusion notamment l'instruction de la demande, son suivi, le versement, la transmission de la décision, le contrôle d'effectivité ainsi que la réalisation de statistiques anonymes. Ce traitement s'inscrit dans le cadre d'une mission de service public. Lorsqu'il existe un recours administratif ou contentieux, les données peuvent être conservées jusqu'à l'intervention de la décision définitive. Les données collectées et traitées sont conservées en lien avec les dispositions législatives et réglementaires en vigueur ou à défaut conformément aux prescriptions des archives de France et/ou des archives départementales. Les données sont destinées aux agents habilités du Département de la Vendée. Les données strictement nécessaires sont transmises aux partenaires institutionnels participant aux finalités citées notamment les services d'aide à domicile, tuteurs, CCAS, établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés ainsi que les caisses de retraite. Conformément à la loi « informatique et libertés » modifiée, vous pouvez définir le sort de vos données après votre décès et également exercer votre droit d'accès aux données, d'opposition, de suppression et de limitation aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant par voie électronique à l'adresse *protection.donnees@vendee.fr* ou à défaut par voie postale : Département de la Vendée, Délégué à la protection des données, 40 rue du Maréchal Foch, 85923 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (3 place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex – *www.cnil.fr*)

VENDÉE
LE DÉPARTEMENT

Pôle Solidarités et Famille
Direction de l'Autonomie des Personnes Âgées et des Personnes Handicapées
Service Départemental de l'Autonomie
40 rue du Maréchal Foch
85923 La Roche sur Yon cedex 9
Tél. 02 28 85 88 32

DOSSIER DE DEMANDE ADPA

(Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie)

destiné aux personnes âgées de plus de 60 ans présentant des difficultés pour réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne

Cette demande ne pourra être traitée que si le dossier est complet

ADPA ☐ à domicile
☐ en établissement
(y compris résidence autonomie, logement foyer, Petite Unité de Vie)
☐ en Vendée
☐ hors Vendée

☐ 1re demande ☐ Renouvellement

SITUATION DU DEMANDEUR

NOM usuel : ..... Nom de naissance : .....

Prénoms (soulignez le prénom usuel) : .....

Né(e) le : ..... à ..... Nationalité : .....

Situation de famille : ☐ marié(e) ☐ célibataire ☐ pascé(e) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve) ☐ vie maritale

Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Nom de l'organisme d'affiliation à la sécurité sociale : .....

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Nom de la caisse de retraite principale : .....

Numéro de retraite (si différent du n° de sécurité sociale) : .....

VOTRE ADRESSE ACTUELLE

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Canton : .....

Tél. : ..... Portable : ..... Mél. : .....

Précisez si vous résidez : ☐ à votre domicile ☐ chez un membre de votre famille ☐ en famille d'accueil ☐ en établissement

depuis le : .....

VOTRE RÉSIDENCE ANTÉRIEURE

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Canton : .....

Si vous étiez en EHPAD, précisez : ☐ en Vendée ☐ hors Vendée

du : ..... au .....

DOSSIER N° :

Réservé au Département

SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E), PACSÉ(E), CONCUBIN(E) OU COMPAGNON (COMPAGNE)

NOM usuel : ..... Nom de naissance : .....

Prénoms (soulignez le prénom usuel) : .....

Né(e) le : ..... à ..... Nationalité : .....

Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Est-il (elle) en activité ? ☐ oui ☐ non

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Domicile actuel de votre conjoint : .....

Vit-il (elle) en établissement pour personnes âgées ? ☐ oui ☐ non

Si oui, depuis le ....., dans quel établissement ? .....

MÉDECIN TRAITANT *(à renseigner obligatoirement)*

NOM : ..... Commune : ..... Téléphone : .....

PERSONNE RÉFÉRENTE À CONTACTER - ADPA à domicile uniquement

Pour le suivi de votre dossier, souhaitez-vous qu'une personne référente :

- soit destinataire des courriers vous concernant ☐ **oui** ☐ **non**

- soit présente lors de la visite d'évaluation ☐ **oui** ☐ **non**

NOM d'usage (en majuscules) : .....

Prénoms (soulignez le prénom usuel) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. : ..... Portable : .....

Mél. : .....

S'agit-il d'un membre de votre famille : ☐ oui ☐ non

si non, qualité de la personne : .....

Vous êtes sous tutelle ou curatelle ou sauvegarde de justice ? ☐ oui ☐ non

Nom et prénom du tuteur ou curateur ou nom de l'organisme de tutelle (précisez le nom du délégué) :

.....

Adresse : .....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PROCHE(S) AIDANT(S) NON-PROFESSIONNEL(S) du demandeur

Ce volet vise à apporter des premières informations sur les personnes de votre famille ou de votre entourage amical ou de votre voisinage qui vous apportent une présence ou une aide quotidienne et indispensable à votre vie à domicile qu'on nommera « aidants ».

1 - Nom et prénom de votre aidant : .....

Âge de votre aidant : .....

Lieu de résidence de votre aidant : .....

Nature de votre lien avec votre aidant : .....

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)

.....

Durée approximative de cette aide (ex. : 1 h/jour ou 5 h/semaine ou 10 h/mois...) : .....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PROCHE(S) AIDANT(S) NON-PROFESSIONNEL(S) du demandeur

2 - Nom et prénom de votre aidant : .....

Âge de votre aidant : .....

Lieu de résidence de votre aidant : .....

Nature de votre lien avec votre aidant : .....

Nature de l'aide apportée (par exemple : accompagnement dans les déplacements à l'extérieur de votre domicile, courses...)

.....

Durée approximative de cette aide (ex : 1 h/jour ou 5 h/semaine ou 10 h/mois...) : .....

Si vous souhaitez ajouter l'identité d'un autre aidant, merci de renseigner les informations le concernant sur papier libre qui sera joint au présent dossier.

VOTRE PATRIMOINE *(confère déclaration du patrimoine ci-jointe)*

Disposez-vous (ou votre conjoint) de biens immobiliers ? ☐ oui ☐ non

Si oui, compléter la déclaration du patrimoine ci-jointe

VOS RESSOURCES (*)

Nature	Vous-même	Votre conjoint(e), pacsé(e), concubine ou compagnon
Pensions et retraites		
Salaires		
Fermages et locations		
Rentes viagères		
Revenus de l'épargne (soumis à prélèvement libératoire)		
Autres : ex. minimum vieillesse (joindre le justificatif)		
TOTAL		

(*) Ressources figurant sur votre dernier avis d'imposition sur le revenu ou ressources actuelles liées à un changement de situation intervenu depuis votre dernière déclaration d'Impôts sur le Revenu (veuvage, divorce...).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Bénéficiez-vous actuellement ?	Vous-même	Votre conjoint(e) ou concubin(e)
- de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) - de l'Allocation Départementale Personnalisée d'Autonomie (ADPA)	☐ ☐	☐ ☐
- ou de la Prestation de Compensation Départementale du Handicap (PCDH) - de la Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PCRTP)	☐ ☐	☐ ☐
- de la prise en charge d'heures **d'aide-ménagère** par : . votre caisse de retraite ou . l'aide sociale départementale ou . une caisse complémentaire ou . votre mutuelle Nom de l'organisme intervenant à domicile : ..... Tél. :	 ☐ ☐ ☐ ☐	 ☐ ☐ ☐ ☐
- de la majoration tierce personne (versée par la CPAM ou la MSA)	☐	☐
- d'autres avantages analogues accordés dans le cadre du maintien à domicile (précisez alors la nature de l'aide et l'organisme de prise en charge)	☐	☐