

# DEMANDE D'AIDE A DOMICILE

POUR UNE PERSONNE DE SOIXANTE ANS OU PLUS

Auprès du Département au titre de l'**ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

Auprès d'une Caisse de Retraite au titre de l'**Action Sociale**

Ce dossier comprend :

- une fiche de présentation de l'**ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)**,
- une notice explicative sur l'Action Sociale des Caisses de Retraite et les services ménagers à domicile pris en charge par l'Aide Sociale,
- une demande d'aide à domicile,
- une déclaration des ressources,
- un certificat médical,
- une notice explicative sur la Carte Mobilité Inclusion (CMI).

L'ensemble du dossier est à retourner, dûment rempli et signé,  
à l'adresse suivante :

DEPARTEMENT DE LA MOSELLE  
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ

DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

Hôtel du Département  
C.S. 11096  
57036 METZ CEDEX 1

Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux - 57000 METZ

Tél. : 03 87 56 31 31



**Réussir ensemble !**

[www.mosellesenior.fr](http://www.mosellesenior.fr)

## PIECES A JOINDRE A LA PRESENTE DEMANDE DANS LE CADRE DE SON INSTRUCTION

- CERTIFICAT MEDICAL rempli par le médecin traitant datant de MOINS DE 2 MOIS  
Il permettra à l'équipe médicale de mieux évaluer votre perte d'autonomie.
- CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)
  - **certificat médical obligatoire**
  - si vous êtes bénéficiaire d'une pension d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie, joindre le justificatif d'attribution
- Photocopie :
  - du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne en cours de validité pour les ressortissants des pays de l'Union Européenne autre que la France
  - de la carte de résidence ou du titre de séjour (en cours de validité) pour les personnes de nationalité étrangère
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu et celui de votre concubin ou de la personne avec laquelle vous avez conclu un PACS  
**Si veuvage** au cours de l'année civile ou l'année précédente, joindre :
  - les deux avis d'imposition ou de non-imposition correspondant l'une à la situation partielle du couple, l'autre à la situation partielle de la personne veuve
  - les justificatifs de vos pensions principales et complémentaires personnelles (année en cours)
  - les justificatifs de vos pensions principales et complémentaires de réversion.
- Formulaire de déclaration des ressources joint à la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Si pension étrangère, fournir le justificatif
- Si assurances vie, fournir les relevés annuels
- Photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties **autre que résidence principale**
- Si Majoration pour Tierce Personne (MTP), Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PCRTP) ou une assurance dépendance, joindre la copie de la notification
- Si vous percevez une rente viagère constituée par vous-même ou vos enfants pour vous prémunir contre le risque de perte d'autonomie, joindre les justificatifs
- Si jugement de mise sous tutelle, nom, adresse du tuteur, copie du jugement et relevé d'identité bancaire ou postal au nom du bénéficiaire (ou au nom du bénéficiaire avec la précision "sous tutelle de...nom du tuteur...")
- Si divorce ou séparation depuis le dernier avis d'imposition, le jugement de divorce ou séparation
- Un relevé d'identité bancaire ou postal **établi au nom du demandeur (ou au nom de Monsieur et Madame si compte-joint)**

# A CONSERVER

## L'ACTION SOCIALE DES CAISSES DE RETRAITE POUR LES PERSONNES AGÉES A DOMICILE

Outre la gestion des retraites, les organismes de protection sociale sont chargés de développer sur leur territoire de compétence respectif, une politique d'action sociale en faveur de leurs retraités.

Celle-ci est destinée en particulier à leurs ressortissants qui ont besoin d'une aide à domicile mais ne peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en raison de leur niveau de perte d'autonomie.

☞ **Toutes ces caisses de retraite attribuent des prestations individuelles de maintien à domicile, en fonction de règles propres à chaque institution.**

☞ Pour connaître les prestations servies par chaque organisme (aide-ménagère, garde à domicile, aide à l'amélioration de l'habitat...), **adressez-vous à votre caisse de retraite principale :**

<b>CAISSE RETRAITE ET SANTE AU TRAVAIL (CARSAT) ALSACE-MOSELLE</b>	
36 rue du Doubs 67011 STRASBOURG Cedex 1	☎ <b>3960</b> <a href="http://www.carsat-alsacemoselle.fr">www.carsat-alsacemoselle.fr</a>
<b>AGENCE NATIONALE POUR LA GARANTIE DES DROITS DES MINEURS (ANGDM)</b>	
Service social pôle Est 21 avenue Foch BP 60570 57018 METZ Cedex 1	☎ <b>03 87 39 73 57</b> <a href="http://www.angdm.fr">www.angdm.fr</a>
<b>MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (MSA)</b>	
MSA Lorraine 15 avenue Paul DOUMER 54507 VANDOEUVRE LES NANCY	Prestations sociales : ☎ <b>03 83 50 35 20</b> <a href="http://www.msalorraine.fr">www.msalorraine.fr</a>
<b>REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS (RSI)</b>	
Antenne de METZ : accueil des assurés 3 Place du Roi George 57000 METZ	☎ <b>0811 46 78 01</b> Pôle social <b>3648</b> (coût d'un appel local) <a href="http://www.rsi.fr/lorraine">www.rsi.fr/lorraine</a>

**LES SERVICES MENAGERS A DOMICILE PRIS EN CHARGE****PAR L'AIDE SOCIALE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL**

Pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'une aide-ménagère à domicile mais qui :

- ne peuvent pas bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en raison du niveau de leur perte d'autonomie,
- ne peuvent pas bénéficier de l'action sociale de leur caisse de retraite,
- disposent de ressources d'un montant inférieur au plafond d'attribution du minimum vieillesse.

Si vous remplissez ces trois conditions, l'équipe médico-sociale chargée de votre dossier d'APA pourra être amenée à vous proposer cette prestation afin d'assurer la prise en charge de votre aide-ménagère à domicile.

Cette prestation est soumise à une instruction administrative complémentaire et aux règles traditionnelles de l'Aide Sociale.

# L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile

## A CONSERVER

*Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie modifiée par la Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003.*

*Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.*

### Pour qui ?

- Toute personne âgée de 60 ans ou plus, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assurer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental, a droit à une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.
  - **La perte d'autonomie est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière.**
  - **L'APA concerne les personnes classées dans les groupes 1 à 4 de la Grille AGGIR** (Autonomie Gériatrique Groupes Iso-Ressources) qui en compte 6.
- L'APA ne met pas en jeu l'obligation alimentaire des enfants et petits-enfants (article 205 du Code civil).
  - L'APA ne donne pas lieu à récupération sur la succession ou les donations du bénéficiaire.

### Pour quoi ?

Une prestation en nature accordée dans les limites de plafonds fixés par voie réglementaire et destinée :

Selon le plan d'aide recommandé par l'équipe médico-sociale :

- Avoir recours aux prestations de services d'aide à domicile autorisés. (1)
  - (1) Sauf avis contraire, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, destinée à financer l'intervention d'un service d'aide à domicile sera directement versée mensuellement à ce service sur présentation de sa facture.
- Rémunérer le(s) salarié(s) que la personne âgée emploie, qui ne peut être ni son conjoint, ni son concubin, ni la personne avec laquelle elle a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
- Financer d'autres aides (téléalarme, articles d'hygiène, hébergement temporaire...) directement liées à la perte d'autonomie du bénéficiaire ou pour soutenir ou remplacer son proche aidant.

#### Une prestation non cumulable avec :

- L'Aide-Ménagère (de l'Aide Sociale du Département).
- L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ou la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).
- La Majoration pour Tierce Personne (MTP).
- La Prestation Expérimentale Dépendance (PED)
- La Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP).



## Quel montant ?

- **Le montant de l'APA** est égal au montant du plan d'aide utilisé par le bénéficiaire diminué d'une participation financière à sa charge.
- **Les montants maximums de l'APA varient** en fonction du Groupe Iso-Ressources (GIR) défini pour la personne âgée :

GIR 1	<b>1 719,93 €</b>
GIR 2	<b>1 381,04 €</b>
GIR 3	<b>997,85 €</b>
GIR 4	<b>665,60 €</b>

- **La participation financière du bénéficiaire varie** en fonction du montant du plan d'aide et de ses ressources.

Montant des ressources	Participation
<b>inférieures à 802,93 €</b>	Pas de participation
<b>de 802,93 à 2 957 €</b>	Participation financière proportionnelle aux revenus et au montant du plan d'aide
<b>supérieures à 2 957 €</b>	Participation égale à 90 % du montant du plan d'aide

- **L'APA n'est pas versée** si le montant de l'allocation - déduction faite de la participation du bénéficiaire - est inférieur ou égal à 3 fois la valeur brute du SMIC horaire soit 29,64 €.



- \* Le montant de l'APA et de la participation éventuelle du bénéficiaire sont déterminés à partir des tarifs de référence arrêtés par le Président du Département. Les demandeurs sont informés qu'un reste à charge est susceptible de leur être facturé par les intervenants qu'ils auront choisis pour réaliser leur plan d'aide.

### Comment en bénéficier ?

- En envoyant un dossier de demande d'APA au :

Département de la MOSELLE  
 Direction de la Solidarité  
 Direction de la Politique de l'Autonomie

**Hôtel du Département**  
**C.S. 11096**  
**57036 METZ CEDEX 1**

- Après instruction administrative et évaluation médico-sociale du besoin d'aide.
- Sur décision du Président du Département

### Où se renseigner ?

- Pour tout renseignement :

 **Numéro d'appel**

**03 87 56 31 31**

**du lundi au vendredi**  
**de 9 h 00 à 12 h et 13 h 30 à 16 h 30**

**Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux**  
**57000 METZ**





N° dossier SOLIS :

## **DEMANDE D'AIDE A DOMICILE**

A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

### **AIDE DEMANDÉE**

Selon la situation de la personne qui en fait la demande, ce dossier peut être transmis au Département ou à la caisse de retraite du demandeur.

### **→ ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE**

#### **① Identité du demandeur**

	La personne pour laquelle l'allocation est demandée	Le conjoint ou la personne vivant maritalement <sup>(1)</sup>
NOM (Marital pour les femmes)		
NOM de jeune fille		
Prénom	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Date de naissance	Le :    /    /	Le :    /    /
Lieu de naissance	à	à :
Nationalité (Française, Union Européenne, autre à préciser)	Date d'arrivée en France :	Date d'arrivée en France :
N° de sécurité sociale		
Régime de retraite principale (CARSAT, ANGDM, RSI, MSA, SNCF, Autres...)		
N° de retraite		
		Profession le cas échéant :

<sup>(1)</sup> Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)



## ② Situation familiale

- Célibataire       Marié(e)       Vivant maritalement       Titulaire d'un PACS  
 Divorcé(e)       Veuf(ve) depuis le :

Lieu de résidence du conjoint ou de la personne vivant maritalement si différent du demandeur :

Préciser l'adresse du conjoint

- Adresse Domicile :       Adresse Etablissement :

## ③ Adresse actuelle du demandeur

### S'AGIT-IL DE VOTRE DOMICILE PERSONNEL

**Depuis quelle date y demeurez-vous ? :**  
(si moins de trois mois, remplir la rubrique «**adresse précédente**»)

N° - Rue :

Commune :

Code postal :

Tél domicile :

Tél portable :

Adresse courriel (mail) :

- Vous êtes :
- |  |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Propriétaire              | <input type="checkbox"/> Locataire   | <input type="checkbox"/> Colocataire |
| <input type="checkbox"/> Logé (e) à titre gracieux | <input type="checkbox"/> Usufruitier |                                      |

**A quelle date avez-vous quitté votre domicile personnel ? :**

### S'AGIT-IL D'UN AUTRE DOMICILE

- Famille d'accueil agréée  
 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées  
 Résidence autonomie (ex foyer logement)  
 Autre domicile (enfants, centre pénitentiaire...)

Date d'arrivée :

Date d'arrivée :

Date d'arrivée :

Date d'arrivée :

Lien de Parenté :

Nom :

N° - Rue :

Commune :

Code postal :

## ④ Adresse précédente

*(A ne remplir que si l'intéressé(e) réside en Moselle depuis moins de 3 mois)*

Nom :

N° - Rue :

Commune :

Code postal :

Date d'arrivée à ce domicile :

Date de départ de ce domicile :

**Précisez s'il s'agissait :**

- Famille d'accueil agréée (loi du 10/7/89)       Résidence autonomie (ex foyer logement)  
 Domicile personnel       Autres (à préciser) :





NOM DU DEMANDEUR : .....PRENOM DU DEMANDEUR : .....

**⑤ Coordonnées de votre médecin traitant**

NOM :

Adresse :

Téléphone :

Souhaitez-vous sa présence lors de la visite de l'équipe médico-sociale ?  oui  non

**⑥ Autres renseignements**

Bénéficiez-vous actuellement :

- de la **Majoration Tierce Personne (MTP)**  oui  non  
 versée par la CARSAT ou un autre organisme (caisse de retraite...)  
Si oui joindre copie de la notification

- de la **Prestation Complémentaire pour Recours à une Tierce Personne (PC RTP)**  oui  non  
Si oui joindre copie de la notification

- d'une **assurance dépendance**  oui  non  
 versée par un organisme de sécurité sociale d'un état membre de l'Union Européenne  
Si oui joindre copie de la notification

- de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)  oui  non

- de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)  oui  non

- de la Prestation Expérimentale Dépendance (PED)  oui  non

- de l'Aide-Ménagère à Domicile au titre de l'aide sociale départementale  oui  non

- de l'Aide-Ménagère à Domicile au titre de l'action sociale de la caisse de retraite  oui  non

- de l'Aide-Ménagère à Domicile à titre privé  oui  non

Nbre d'heures/mois :  
 Organisme intervenant :

**Précisez si vous faites l'objet d'une mesure de :** sauvegarde de  curatelle  tutelle  
 (joindre la copie du jugement) justice

Indiquer les coordonnées du tuteur :

N° .....Rue : .....

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

En cas de rejet de ma demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, j'autorise le Président du Département à transmettre mon dossier à l'organisme compétent pour accorder une prise en charge de services ménagers :

oui  non

En cas d'accord, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, destinée à financer l'intervention d'un service d'aide à domicile, sera directement versée mensuellement à ce service sur présentation de sa facture.



**⑦ Carte Mobilité Inclusion (CMI)** (Certificat médical obligatoire)  
Cf. notice d'information jointe au dossier APA

Souhaitez-vous bénéficiaire de la CMI mention « invalidité » ou mention « priorité »

oui

non

Souhaitez-vous bénéficiaire de la CMI mention « stationnement pour personnes handicapées »

oui

non

**⑧ Personne à contacter pour tout renseignement complémentaire nécessaire à l'évolution de votre situation**

Souhaitez-vous qu'une copie de la décision APA soit transmise à la personne à contacter pour tout renseignement complémentaire nécessaire à votre situation ?

oui

non

NOM - Prénom :

Qualité ou parenté :

N°

Rue :

Code postal :

Commune :

Tél. domicile :

Tél. professionnel :

Tél. portable :

Adresse courriel (mail) :

**⑨ Personne à contacter pour une visite à domicile**

NOM - Prénom :

Qualité ou parenté :

N°

Rue :

Code postal :

Commune :

Tél. domicile :

Tél. professionnel :

Tél. portable :

Adresse courriel (mail) :

Je soussigné(e), agissant :

en mon nom propre

en ma qualité de représentant de M./Mme.....

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus ainsi que ceux des pièces justificatives fournis dans le cadre d'une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile.

Je m'engage à signaler tout changement concernant ma situation.

Fait à.....le.....

**Nom, prénom et signature** du demandeur ou de son représentant (préciser la qualité)

**DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978**

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont soumis aux dispositions de la loi " Informatique et Libertés " du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier au Département de la Moselle, à l'attention de Monsieur le Directeur de la Solidarité.





## DECLARATION DES RESSOURCES

perçues l'année civile précédent la demande

NOM et Prénom du demandeur : .....

RESSOURCES ANNUELLES	MONTANT ANNUEL PERÇU PAR LE DEMANDEUR	MONTANT ANNUEL <u>perçu</u> par le CONJOINT, CONCUBIN ou la PERSONNE avec qui le demandeur a conclu un PACS
<p><b><u>Pensions et retraites</u></b> (y compris retraites complémentaires) Indiquer le nom de l'organisme payeur</p> <p>⇒ ⇒ ⇒</p>		
<p><b><u>Pensions étrangères</u></b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Si oui joindre les justificatifs)</p> <p>⇒ ⇒</p>		
<p><b><u>Salaires</u></b></p> <p>⇒ ⇒</p>		
<p><b><u>Pension invalidité</u></b> (préciser le nom de l'organisme payeur et à quel titre Ex : "accident du travail, maladie professionnelle, ...)</p> <p>⇒ organisme : ⇒ au titre de :</p>		
<p><b><u>Indemnités journalières</u></b></p> <p>⇒</p>		
<p><b><u>Pensions alimentaires versées par les enfant</u></b></p> <p>⇒</p>		
<p><b><u>Rente viagère</u></b> (préciser le nom de l'organisme payeur)</p> <p>⇒</p> <p>A-t-elle été souscrite dans le but de vous prémunir contre la perte d'autonomie ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI *      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>* si oui, veuillez joindre le justificatif</p>		
<p><b><u>Avantages en nature (chauffage, loyer...)</u></b></p> <p>⇒</p>		



RESSOURCES NE FIGURANT PAS SUR L'AVIS D'IMPOSITION OU DE NON- IMPOSITION	MONTANT <u>PERÇU</u> PAR LE DEMANDEUR	MONTANT <u>perçu</u> par le CONJOINT, CONCUBIN ou la PERSONNE avec qui le demandeur a conclu un PACS
<b>Revenus soumis au prélèvement libératoire</b> (en application des articles 125-0 A et 125 D du code général des impôts)		

ASSURANCE VIE : à compléter <u>obligatoirement</u> par oui ou par non	
<b>ASSURANCE VIE</b>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui  Si oui adresser le(s) justificatif(s) = relevé(s) annuel(s) d'assurance vie

Etes-vous propriétaire (ou usufruitier) ?

NON : (vous n'avez pas à remplir le tableau ci-dessous)

OUI : **REPLIR OBLIGATOIREMENT LE TABLEAU CI-DESSOUS** (et joindre la photocopie du (des) dernier(s) relevé(s) de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties **autre que résidence principale**)

BIENS IMMOBILIERS (propriétés bâties et non bâties) Situation au 31 décembre de l'année civile précédant la demande				
DESIGNATION (immeubles, terrains...)	ADRESSE	USAGE	MONTANT ANNUEL des loyers ou fermages	VALEUR LOCATIVE (1)
<b>Résidence Principale</b>		<input type="checkbox"/> Occupée - par <sup>(2)</sup> :  <input type="checkbox"/> Non occupée		
<b>AUTRES</b>		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		
<b>BIENS</b>		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		

(1) La valeur locative est indiquée sur l'avis des taxes foncières ligne (base) ou sur le relevé cadastral

(2) Indiquez le cas échéant le lien de parenté



## CERTIFICAT MEDICAL

### ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE ET CARTE MOBILITE INCLUSION

(mention « stationnement » ou « priorité » ou « invalidité »)

Cher Confrère,

Dans l'intérêt de votre patient, je vous remercie de bien vouloir lui remettre, sous pli confidentiel, ce certificat médical circonstancié pour qu'il le joigne à son dossier de demande **d'Allocation Personnalisée d'Autonomie et/ou la Carte Mobilité Inclusion à l'attention des médecins du Département et de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de Moselle.**

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicale et l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel (article 226-13 du nouveau Code Pénal) et que le **certificat médical est obligatoire et essentiel pour toute demande de CMI** (articles R 146-26 et D 245-25 du CASF).

Comptant sur votre collaboration, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Ce certificat médical est à retourner sous **pli confidentiel** à l'adresse suivante :

Ce certificat médical est à retourner sous **pli confidentiel** à  
l'adresse suivante :

DEPARTEMENT DE LA MOSELLE  
DIRECTION DE LA SOLIDARITÉ

DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

**Hôtel du Département  
C.S. 11096  
57036 METZ CEDEX 1**

Accueil physique : 28-30 avenue André Malraux - 57000 METZ

**Tél. : 03 87 56 31 31**

Le Médecin Contrôleur  
des Lois d'Aide Sociale

#### ETAT-CIVIL

NOM..... Prénom : .....

NOM de Jeune Fille : .....

Date de Naissance : ..... Ville de Naissance : .....

Adresse : .....

A transmettre sous pli cacheté - **SECRET MEDICAL** –



Taille : ..... Poids : .....

**PATHOLOGIES PRINCIPALES motivant la demande**

Diagnostic médical : .....  
Date de début des troubles : .....  
Autres pathologies ayant un retentissement sur la vie quotidienne et contribuant à la demande :  
.....  
.....  
.....

**DEFICIENCES INTELLECTUELLES et/ou TROUBLES DU PSYCHISME ou du COMPORTEMENT**

Trouble(s) de la mémoire, de l'orientation : .....  
.....  
Dernier score MMS réalisé : ...../30      Date : .....      Lieu : .....  
**Trouble (s) du comportement :**  
 inversion rythme nyctéméral  
 fugues  
 agressivité  
 mises en danger  
 autres : .....  
Trouble(s) psychiques (dépression, psychoses,...).....  
.....

**DEFICIENCES AUDITIVES**

non       oui       surdité complète  
Appareillage fonctionnel       non       oui

**DEFICIENCES VISUELLES (joindre un compte-rendu d'ophtalmologiste si disponible)**

non       oui (  préciser) : .....  
Acuité visuelle si connue :   D = .....        G = .....  
Correction       non       oui

**DEFICIENCES DU LANGAGE**

non       oui      type : .....

**DEFICIENCES CARDIAQUE et/ou RESPIRATOIRE ayant un retentissement sur la vie quotidienne**

dyspnée (stade) :  
 trachéotomie  
 oxygénothérapie à domicile (durée) :  
 autres : .....



**DEFICIENCES MOTRICES et de l'APPAREIL LOCOMOTEUR**

Paralyse  MSD  MSG  MID  MIG Côté dominant  G  D  
 PERIMETRE DE MARCHÉ (indispensable) : .....  
 Besoin d'accompagnement à l'extérieur :  oui  non  
 Autre (s) trouble (s) fonctionnel (s) : .....  
 Chute éventuelle :  oui  non Fréquence =  
 Appareillage à préciser :  à l'intérieur  à l'extérieur  
 (canne, déambulateur, fauteuil roulant)

**DEFICIENCES ENDOCRINIENNES**

Diabète :  non  oui Complications : mal perforant  non  oui  
 neuropathie  non  oui  
 artériopathie  non  oui  
 rétinopathie  non  oui  
 hypoglycémie sévère avec malaises  non  oui  
 Autres : .....

**DEFICIENCES DIGESTIVES**

Trouble(s) de la déglutition, trouble(s) du transit :  
 stomie anale  gastrostomie  
 Incontinence anale :  permanente  occasionnelle

**DEFICIENCES URINAIRES**

Type de trouble(s) : .....  
 Incontinence urinaire :  permanente  occasionnelle  
 Sonde urinaire   Stomie urinaire  
 Dialyse   
 Couches  Nombre par jour : .....

**TRAITEMENT**


Capacité à gérer son traitement :  non  oui

**INTERVENTION IDE EN COURS**

1 fois / jour  2 fois / jour  
 soins particuliers (pansements, sondages, soins stomies, escarres...)  
 injections

**AUTRES PARAMEDICAUX EN COURS**

Auxiliaire de vie (toilette-habillage)  non  oui  
 Kinésithérapeute  non  oui  
 Orthophoniste  non  oui

**ATTITUDE PSYCHOLOGIQUE**

coopérant  
 opposant  
 indifférent  
 démissionnaire

**Sur la journée nécessite une surveillance :**

constante  ponctuelle

**Peut faire avec stimulation :**

Toilette  non  oui  
 Habillage  non  oui  
 Alimentation  non  oui  
 Autres  non  oui (à préciser)

**OBSERVATIONS EVENTUELLES**

## CONSEQUENCES DES DEFICIENCES

### DETERMINATION DU GROUPE AGGIR

A : Fait seul spontanément, totalement, correctement, habituellement

B : Fait plus ou moins spontanément, totalement, correctement, habituellement

C : Ne fait pas du tout

A,B ou C

<b>COHERENCE</b> : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
<b>ORIENTATION</b> : se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux	
<b>TOILETTE</b> : hygiène corporelle : haut : A - B - C bas : A - B - C	
<b>HABILLAGE</b> : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage : haut : A - B - C moyen : A - B - C bas : A - B - C	
<b>ALIMENTATION</b> : manger les aliments préparés : se servir (1) : A - B - C manger : A - B - C	
<b>ELIMINATION</b> : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire : A - B - C fécale : A - B - C	
<b>TRANSFERTS</b> : se lever, se coucher, s'asseoir	
<b>DEPLACEMENTS INTERIEURS</b> : (2) avec <input type="checkbox"/> canne, <input type="checkbox"/> déambulateur, <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	
<b>DEPLACEMENTS EXTERIEURS</b> : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport avec <input type="checkbox"/> canne, <input type="checkbox"/> déambulateur, <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	
<b>COMMUNICATION</b> à distance : téléphone, sonnette, alarme	

A....., le .....

Signature et Cachet

Horaires auxquels vous pouvez être joint à votre cabinet médical :

 : .....

(1) Se servir : peler un fruit, ouvrir un yaourt, couper sa viande, se verser un verre

(2) L'utilisation par la personne seule de cannes, d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être parfaitement indépendante pour ses déplacements







## LA CARTE MOBILITE INCLUSION (CMI)

**A CONSERVER**

**Qu'est-ce  
que la CMI ?**

La **Carte Mobilité Inclusion (CMI)** vient remplacer les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement délivrées aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes.

Elle est délivrée par le **Président du Département**. Sa fabrication et son envoi sont réalisés par l'**Imprimerie Nationale**.

Trois mentions peuvent figurer sur cette carte :

- « Invalidité » ;
- « Priorité pour personnes handicapées » ;
- « Stationnement pour personnes handicapées ».

## Comment obtenir la Carte Mobilité Inclusion (CMI) ?

Vous pouvez demander la **Carte Mobilité Inclusion (CMI)** en complétant le **formulaire de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**, ainsi que le **certificat médical** joint.

### **Vous êtes reconnu(e) en GIR 1 ou 2 <sup>(1)</sup>**

La CMI avec mention « **invalidité** » et « **stationnement pour personnes handicapées** » vous est attribuée à titre définitif.

### **Vous êtes reconnu(e) en GIR 3 à 6 <sup>(1)</sup>**

La **Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de la Moselle** instruit et procède à l'évaluation de votre demande.

<sup>(1)</sup> Selon son degré de dépendance, la personne âgée est rattachée à un **groupe iso-ressources (GIR)**, allant de 1 à 6, le niveau 1 correspondant au niveau le plus élevé de dépendance.

**Si vous avez déjà  
une carte**

**Vous conservez celle-ci** jusqu'à son terme et demanderez, si besoin, une CMI six mois avant son échéance.

Si votre carte actuelle n'a pas de date de fin ou se termine après le 31 décembre 2026, vous pouvez l'utiliser jusqu'à ce terme et demander ensuite une CMI avant le **30 juin 2026**.



## Les différentes mentions de la Carte Mobilité Inclusion (CMI)

### Invalidité

Vous avez un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %.

Cette mention vous permet d'obtenir :

- une **priorité d'accès** aux places assises dans les transports en commun, les espaces et salles d'attente, ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public ;
- une **priorité dans les files d'attente**.

Ces avantages sont aussi valables pour la personne qui vous accompagne dans vos déplacements.

La CMI « Invalidité » permet aussi de bénéficier :

- des dispositions relatives à **l'obligation d'emploi** des travailleurs handicapés ;
- de divers **avantages fiscaux**, comme, par exemple, le bénéfice, sous conditions, d'une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu ;
- de différents **avantages commerciaux**, sous certaines conditions, par exemple dans les transports.

La mention invalidité peut enfin être accompagnée d'une

### Priorité pour personnes handicapées

Vous êtes atteint(e) d'une incapacité rendant la **station debout pénible**.

Cette mention vous 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 ;
- une **priorité dans les files d'attente**.

### Stationnement pour personnes handicapées

Vous êtes atteint(e) d'un handicap qui **réduit de manière importante et durable** votre capacité et votre autonomie de déplacement à pied ou qui vous impose d'être **accompagné(e) par une tierce personne** dans vos déplacements.

Cette mention vous permet **d'utiliser gratuitement et sans limitation de durée<sup>(1)</sup>**, toutes les places de stationnement ouvertes au public. Elle concerne également la tierce personne qui vous accompagne dans le même véhicule.

<sup>(1)</sup> La durée de stationnement peut être limitée sur décision des autorités compétentes en matière de circulation et de stationnement, sans toutefois pouvoir être inférieure à 12 heures.