

Demande de carte pour adulte
(carte de priorité, d'invalidité, de stationnement)



Ce document est conçu pour vous aider à remplir le formulaire de demande, mais il ne peut pas être utilisé à la place du formulaire.

Téléchargez le formulaire [ici](#) (Ctrl + entrée sur le lien) et remplissez-le en vous aidant des conseils ci-dessous

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : _____
Nom d'épouse ou nom d'usage : _____
Prénom(s) : _____
Sexe : Masculin Féminin
Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre
Date de naissance : _____
Lieu de naissance : _____ Code postal : _____
Commune : _____
Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____
N° de sécurité sociale : _____
Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____
Si vous avez un n° de dossier MDPH, précisez :
Le n° : _____ Dans quel département ? _____

cadre A « identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : cette rubrique concerne les éléments d'état civil (nom et prénom du demandeur), couverture sociale (numéro d'assuré social du demandeur) et éventuellement le numéro de dossier de la MDPH ayant traité la première ou précédente demande.

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : _____ Rue : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone : _____ Fax : _____
Adresse électronique : _____
Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

cadre A2 « adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande » : coordonnées du demandeur.

A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

Adresse de la personne ou organisme : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

cadre A4 « représentant légal (pour les adultes –le cas échéant) » : si le demandeur été placé sous mesure de protection juridique il convient d'indiquer de quelle mesure il s'agit (tutelle, curatelle, ou autre), et les coordonnées de la personne ou de l'organisme le représentant légalement

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ CAF MSA Autre

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse de l'organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

cadre A5 « identification de l'organisme payeur de prestations familiales » : indiquer dans cette rubrique l'organisme de prestations familiales dont dépend, éventuellement, le demandeur ainsi que le nom de l'allocataire.

A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : Célibataire Marié(e) Veuf, le sans être marié(e)
 Séparé(e), divorcé(e), veuf/ve

Depuis le : _____ Nombre d'enfants à charge : _____

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : _____

cadre A6 « situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : renseigner la situation matrimoniale du demandeur, ainsi que le nombre d'enfants à charge de la famille. Pour les personnes en couple, renseigner les coordonnées et la date de naissance du conjoint

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :		
Type de contrat :		
Date de début du contrat :		
Date de fin du contrat :		
en milieu protégé ESAT depuis le :		

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle :		
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de votre employeur ou organisme de formation :		
Adresse de votre employeur ou organisme de formation :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone de votre employeur ou organisme de formation :		
<input type="radio"/> Non salarié(e) depuis le :		
y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
<input type="radio"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Retraité(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Bénéficiaire d'une pension depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Autre depuis le :		
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :		

cadre A7 « situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant » : indiquer la situation professionnelle du demandeur ainsi que de son conjoint (CDD, CDI, Demandeur d'emploi indemnisé ou non, non salarié, RSA, AAH, pension d'invalidité, retraite...)

A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

- Locataire, sous-locataire ou co-locataire Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
 Propriétaire ou accédant à l'achat Autres, précisez : _____

cadre A9 « logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge » : indiquer la situation par rapport au logement.

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment. Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour élaborer votre Plan personnalisé de compensation. Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en matière de communication, santé, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective ou familiale, loisirs...
Pour un enfant souffrant de handicap, indiquer votre choix ou son choix de mode de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :
Langue française avec ou sans LPC (Langue Française Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

cadre B « Expression des attentes et besoins de la personne concernée » :

Bien que facultative, cette partie est importante car elle permet d'expliquer en quoi la situation de handicap du demandeur a des répercussions sur sa vie professionnelle et sociale. C'est également l'endroit où exprimer précisément ses besoins afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de répondre au mieux à ses attentes.

E - Demande de cartes

- Carte d'invalidité de priorité
 Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
 Carte européenne de stationnement

cadre E « demande de cartes » :

En fonction du besoin, cocher la case « carte d'invalidité/priorité », « carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement », « carte européenne de stationnement »,

Pièces justificatives :

- formulaire de demande
- certificat médical de moins de 3 mois
- justificatif d'identité (carte nationale d'identité, livret de famille, carte de séjour en cours de validité)
- justificatif de domicile
- attestation de jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice (si le demandeur est sous protection juridique)
-
- photocopie de la carte d'invalidité (si renouvellement ou changement de département)
- 2 photos du bénéficiaire (nom et prénom au dos)
- attestation d'attribution d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie



Indiquer en haut de chaque page le nom et prénom du demandeur.

Dater et signer la demande en dernière page.

Si le demandeur est sous protection juridique, son représentant légal signe. Dans le cas contraire, il lui appartient de signer.