



**MAISON  
DÉPARTEMENTALE DES  
PERSONNES  
HANDICAPÉES**

## **Formulaire de demande de carte mobilité inclusion pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie classés en GIR 1 et 2**

-----

Annexe 2-9 de l'article 44 de la loi n°2015-1776 du  
28 décembre 2015 relative à l'adoption de la société  
au vieillissement.

### **I. - Objet de la demande :**

Votre demande concerne la carte de mobilité inclusion : (Merci de cocher/sélectionner la réponse)

<b>Avec mention invalidité:</b>	Oui :	Non :
Si oui, s'agit-il d'une demande de renouvellement:	Oui :	Non :
<b>Avec mention stationnement:</b>	Oui :	Non :
Si oui, s'agit-il d'une demande de renouvellement:	Oui :	Non :

### **II. Renseignements concernant le demandeur :**

Nom de naissance :

Nom d'épouse ou nom d'usage :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Si vous avez déjà un numéro de dossier **MDPH du Var**, précisez :

#### **Représentant légal :**

Tutelle     Curatelle simple     Curatelle renforcée     Jugement d'habilitation

Nom:

Adresse:

### **III. - Pièces à fournir et à transmettre à la MDPH du Var**

- Décision d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie