



mémoire et solidarité

Marseille, le

GESTION ADMINISTRATIVE
ET FINANCIERE

Affaire suivie par :

Mme Nicole LUCCIONI.

T/ 04 91 37 30 12

nicole.luccioni@onacvg.fr

Madame, Monsieur,

Vous avez sollicité l'attribution de la carte européenne de stationnement.

Afin de me permettre de donner suite à votre demande, il convient de me faire parvenir les pièces suivantes :

- Le formulaire de demande de carte de stationnement ;
- Le certificat médical joint à faire remplir par votre médecin traitant ;
- La copie de votre dernière fiche descriptive des infirmités ou d'un intercalaire récent sur lequel figurent toutes les infirmités pensionnées au titre du CPMIVG (1^{er} page du carnet de soins gratuits) ;
- La copie recto-verso de votre carte d'invalidité ;
- Votre ancienne carte GIG, le cas échéant ;
- Une photographie d'identité récente en couleur.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Le directeur du service départemental,

Pascal COGET



mémoire et solidarité

Service départemental de l'Office national des anciens combattants
et victimes de guerre des Bouches-du-Rhône

**Demande de carte de stationnement pour personnes handicapées formulée
au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG)**

① IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE *

☐ Monsieur ☐ Madame Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postal Ville.....

N° de téléphone :

Adresse électronique :@.....

② OBJET DE LA DEMANDE

☐ 1^{ère} demande **

☐ renouvellement **

Pièces à joindre :

- un certificat médical établi depuis moins de 6 mois par votre médecin traitant, selon le modèle ci-joint
- la dernière fiche descriptive de vos infirmités ou intercalaire récent de pension au titre du CPMIVG
- le cas échéant si le handicap ne résulte pas exclusivement d'une pension au titre du CPMIVG, joindre des justificatifs (pension civile...)
- une photographie d'identité **récente** en couleur (de face, visage découvert, format 3,5 x 4,5 cm)
- en cas de renouvellement, photocopie recto-verso de la carte actuelle

en cas de placement **

en cas de perte ou détérioration ***

(l'utilisation abusive ou frauduleuse d'une carte de stationnement est réprimée par les articles 441-2, 441-3 et 441-6 du code pénal)

Pièces à joindre

soit :

- la décision d'attribution initiale (l'absence de la décision antérieure au 01/07/2017 entraîne automatiquement une nouvelle instruction. Dans ce cas cocher « 1^{ère} demande » et joindre les pièces réclamées)
- la carte détériorée présentant les garanties légales suffisantes à l'identification de son titulaire. Dans le cas contraire, cocher « 1^{ère} demande » et joindre les pièces réclamées)

Dans tous les cas

- une photographie d'identité **récente** en couleur (de face, visage découvert, format 3,5 x 4,5 cm)

③ CERTIFICATION

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : le

Signature

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

OFFICE NATIONAL DES ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE
Service départemental des Bouches-du-Rhône 12-16 avenue Jules Cantini 13006 Marseille
T/ 04 91 37 19 54 - F/ 04 91 37 20 18 - @/ sd13@onacvg.fr - W/ www.onac-vg.fr

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



mémoire et solidarité

ANNEXE n° 2 nouvelle : **Certificat médical**

A joindre à toute demande de carte de stationnement pour personnes handicapées adressée au service de proximité de l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre (ONACVG).

Articles L. 241-3, R. 241-20 et R. 241-20-1 du code de l'action sociale et des familles et arrêté du 3 janvier 2017 relatif aux modalités d'appréciation d'une mobilité pedestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement individuel.

A l'attention du médecin

Votre patient souhaite bénéficier d'une carte de stationnement pour personnes handicapées.

En sa qualité de ressortissant du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et conformément au code de l'action sociale et des familles, une carte pourra lui être délivrée par le préfet de son département après instruction de sa demande par le service de l'ONACVG dont il relève.

La carte de stationnement pour personnes handicapées est attribuée à titre définitif ou pour une durée déterminée ne pouvant être inférieure à un an à toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements.

Ce certificat reprend les critères d'appréciation d'une mobilité pedestre réduite et de la perte d'autonomie dans le déplacement individuel d'une personne pris en compte pour l'attribution de la carte (un seul critère suffit). Ils sont définis par l'arrêté du 3 janvier 2017 cité supra.

Ce certificat médical est à remettre à votre patient. Il est indispensable pour l'étude de ses droits par le service de l'ONACVG habilité à en connaître.

A remplir par le patient

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Titulaire d'une pension militaire d'invalidité :

☐ OUI ☐ NON

Titulaire d'une pension civile d'invalidité :

☐ OUI ☐ NON

A remplir par le médecin

1. Capacité et autonomie de déplacement individuel du patient

Périmètre de marche inférieur à 200 mètres	☐ OUI ☐ NON
Recours systématiquement à une aide pour les déplacements extérieurs	☐ OUI* ☐ NON
*Préciser :	
☐ aide humaine	
☐ une canne	☐ deux cannes
☐ déambulateur	☐ fauteuil roulant
☐ prothèse de membre inférieur	☐ véhicule pour personnes handicapées
Recours à une oxygénothérapie lors de tous les déplacements extérieurs	☐ OUI ☐ NON
Nécessité de l'accompagnement d'une tierce personne dans les déplacements*	☐ OUI ☐ NON

* Concerne les personnes atteintes d'une altération d'une fonction mentale, cognitive, psychique ou sensorielle ne pouvant se déplacer seules sans se mettre en danger y compris après apprentissage ou nécessitant une surveillance régulière pour se déplacer. Pour les enfants, le risque ou le besoin s'apprécie par référence à un enfant du même âge sans déficience. En cas de déficience sensorielle, l'accompagnement doit être nécessaire pour effectuer le déplacement lui-même et s'imposer par le risque d'une mise en danger. Cette condition n'est habituellement pas remplie pour une personne qui présente une déficience auditive isolée.

2. Durée prévisible de la réduction de la capacité et de l'autonomie de déplacement du patient* :

- ☐ Moins de un an ☐ Un an ☐ Un à deux ans ☐ Deux à cinq ans ☐ Cinq à dix ans
☐ Définitive

** Permet de déterminer la durée d'attribution de la carte.*

3. Coordonnées et signature:

Docteur (Nom – Prénom) :

Médecin traitant : ☐ OUI ☐ NON

Identifiant RPPS:

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Adresse électronique :

Certificat rédigé à la demande du patient ou de son représentant légal et remis en main propre le :

Fait à

Signature et cachet du médecin