

DEMANDE DE CARTE D'INVALIDITÉ

(Art. L 320 du Code des Pensions Militaires d'Invalidité
et des Victimes de la Guerre)

ÉTAT CIVIL DU DEMANDEUR

NOM et prénoms : _____

Date et lieu de naissance : _____

Domicile : _____

Profession actuelle : _____

Photographie

àagrafer
après avoir
inscrit son nom
au verso.

OBJET DE LA DEMANDE (1)

ATTRIBUTION DE LA CARTE (2)

A simple barre bleue.
(pensionnés de 25 à 45 %)

A simple barre rouge
(pensionnés à 50 % et plus)

A double barre rouge
(pensionnés à 85 % et plus, dont les infirmités pensionnées
justifient, selon la Commission médicale, la présence d'un
accompagnateur pour les déplacements)

A double barre bleue
(pensionnés bénéficiaires de l'article L. 18 — Assistance per-
manente d'une tierce personne)

Station debout pénible.
(mention susceptible d'être portée sur toute carte, sous
réserve d'appréciation par la Commission médicale)

RENOUVELLEMENT DE LA CARTE (2)

A simple barre bleue.

A simple barre rouge

A double barre rouge

A double barre bleue

Avec station debout pénible

Sans station debout pénible

Valable jusqu'au : _____

Délivrée le : _____
par le Service Départemental
de : _____

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné, déclare sur l'honneur que je n'ai à ce jour formulé
aucune demande en vue d'obtenir la **délivrance** d'une carte
d'invalidité.

A _____, le _____ Signature.

Je soussigné, déclare sur l'honneur que je n'ai à ce jour formulé
aucune demande en vue d'obtenir le **renouvellement** de ma
carte d'invalidité.

A _____, le _____ Signature.

(1) Voir en page 4 la liste des pièces à joindre à l'appui de la demande.

(2) Porter une croix en face de la carte dont est demandée l'attribution ou le renouvellement.

PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION

AVIS DE LA COMMISSION MÉDICALE

Mention STATION DEBOUT PÉNIBLE

OUI

NON

Observations du Médecin :

A _____, le _____
Signature du Médecin.

Octroi de la CARTE A DOUBLE BARRE ROUGE

OUI

NON

Observations des Médecins :

A _____, le _____
Signature du 1^{er} Médecin. *Signature du 2^e Médecin.*

DÉCISION DU SERVICE DÉPARTEMENTAL DE L'OFFICE NATIONAL
DES ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE

Carte d'invalidité attribuée le : _____ N° _____

Carte d'invalidité renouvelée le : _____ N° _____

Pour une période de _____, allant du _____ au _____

Avec }
Sans } mention station debout pénible.

Catégorie du demandeur : _____

Carte expédiée le : _____

A _____, le _____

Cachet et signature.

PIÈCES A JOINDRE A L'APPUI DE LA DEMANDE

- Une pièce attestant de la qualité de pensionné (notification d'une décision de pension, intercalaire de décision de concession primitive, ou, à défaut, certificat modèle 12 ou modèle 15 datant de moins de trois mois);
- Une pièce justificative du paiement du dernier arrérage de pension (talon de mandat de la paie générale, virement bancaire ou postal, etc.);
- une photographie d'identité, àagrafer dans le rectangle prévu à cette fin.

Les pensionnés demandant la carte à double barre rouge ou l'apposition de la mention « station debout pénible » auront intérêt à joindre, de surcroît, un certificat médical **motivé** concluant à l'attribution de cette carte ou mention.

Le présent dossier sera adressé au Commissaire de la République (Service départemental de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre), si possible par l'intermédiaire de la mairie du demandeur, celle-ci apposant alors sous la signature de l'intéressé la mention « Vu et transmis » assortie de son cachet.