

DEMANDE DE CARTE D'INVALIDITÉ

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

Service départemental
de _____

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 : _____

Déivrée 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,

Le droit d'accès et de rectification prévu à l'article 27 de la loi du 6 Janvier 1978 relative
l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du Service Départemental de l'ONAC
e Service Départemental de l'ONAC est le seul destinataire de ces informations qui peuvent
onner lieu à la création d'un fichier informatisé".

(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 paierie générale, virement bancaire ou postal, etc.);
- une photographie d'identité, à agraffer 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.

Postulant : M

domicilié à :

Renseignements médicaux à fournir soit par un médecin phtysiologue, soit par un médecin d'un hôpital, d'un dispensaire ou d'un sanatorium

1°) MALADE PORTEUR de B.K. -

Date de la dernière constatation :

2°) MALADE AVEC PNEUMOTHORAX -

Spécifier si le pneumôthorax est total ou partiel :

Date de création du pneumothorax :

Raisons médicales de l'interruption du pneumothorax :

3°) RENSEIGNEMENTS SUR L'ETAT GENERAL (signes d'auscultation)

Poids Taille Température Hémoptysies

Aspects clinique et radiographique des lésions :

4°) EXAMEN CARDIOLOGIQUE (signes d'auscultation) :

(1)

Tension Pouls Electro-cardiogramme :

5°) AVIS sur la nécessité, pour le malade, de se faire accompagner dans ses déplacements et sur la durée de cette situation

Date :

Signature du Médecin :

(cachet)