

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU PAM92

*Dispositif réservé aux Alto-séquanais en situation de handicap vivant à domicile ne pouvant prendre ni les transports en commun, ni un taxi ordinaire et répondant aux critères d'éligibilité.
(les titulaires d'une carte de transport améthyste ne peuvent bénéficier de cette aide)*

COORDONNEES

Nom marital (en majuscule) :
Nom de naissance (en majuscule) :
Prénoms :
Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin
Adresse :
Code postal : Ville :
☎ Fixe : ☎ Portable :
Vous êtes : célibataire marié(e) vie de couple veuf (ve) séparé(e) divorcé(e)

PERSONNE DE REFERENCE Tuteur Curateur Parents (si mineur) Autres :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
☎ fixe : ☎ portable :

BESOIN D'ACCOMPAGNATEUR

L'accompagnateur est une personne dont l'usager a besoin, en raison de son handicap, pour son déplacement pendant le trajet dans le véhicule, montée ou descente du véhicule, orientation, etc. Tout abus peut entraîner la suppression de l'accès au dispositif.

➤ **Avez-vous besoin d'un accompagnateur ?** Oui Non

La présence de l'accompagnateur sera obligatoire à chaque déplacement. Aucune participation financière ne sera demandée à l'accompagnateur. En revanche, l'accompagnant éventuel (personne qui n'est pas nécessaire au déplacement de l'usager) n'est pas prioritaire et son déplacement est payant.

CRITERES D'ATTRIBUTION (cochez la case correspondant à votre situation)

- Titulaire d'une carte d'invalidité dont le taux est \geq à 80%
- Bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (GIR 1 à 4)
- Titulaire d'une carte d'invalidité portant les mentions « besoin d'accompagnement » ou « cécité »
- Titulaire d'une carte de Grand Invalide de Guerre (GIG)

➤ Veuillez joindre les justificatifs suivants :

- Une lettre explicitant les raisons pour lesquelles vous ne pouvez utiliser le réseau de transport ainsi que vos besoins en transport,
- Un certificat médical indiquant la nature, l'origine, la gravité et l'évolution de votre handicap,

- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois (si vous résidez chez une tiers personne veuillez joindre une attestation d'hébergement)
- Une photocopie de votre carte d'invalidité (recto-verso) ou notification APA,
- Une photocopie de votre carte d'identité (recto-verso).

CONDITIONS DE DEPLACEMENT

- aucune aide
- chien-guide
- aide d'une tierce personne
- cannes
- Fauteuil roulant
- autres, précisez :

PARTICIPATION FINANCIERE À LA CHARGE DE L'USAGER

Une participation financière aux transports sera laissée à la charge de l'utilisateur. Elle sera calculée en fonction de la distance parcourue à chaque voyage et lui sera facturée par le transporteur.

« J'atteste sur l'honneur que les renseignements fournis sont exacts. Je comprends que toute fausse déclaration pourrait entraîner le refus de mon admission ou la révocation de mon admission. J'autorise le service PAM 92 à prendre connaissance des renseignements contenus sur ce formulaire et je m'engage à informer le PAM 92 de toute modification de ma situation. »

Lu et approuvé, le.....
Signature du demandeur ou de son représentant légal

Envoi du dossier :

L'imprimé de demande dûment complété et signé, accompagné des justificatifs, est à adresser au **PAM 92 – 12 rue Jean Perrin 92000 NANTERRE**

Conformément à la loi « informatique & liberté » du 06/01/1978, ce formulaire fait l'objet d'un traitement informatique. Vous pouvez obtenir la communication de ces informations et le cas échéant, leur rectification, sur présentation d'une pièce d'identité, en vous adressant au PAM 92.

CERTIFICAT MEDICAL TYPE

RAPPEL DES CRITERES D'ELIGIBILITE A LA PRISE EN CHARGE POUR LE TRANSPORT DES PERSONNES A MOBILITE REDUITE ALTO-SEQUANAIS PAM 92 :

VOUS ETES :	JUSTIFICATIF OBLIGATOIRE A FOURNIR : Un seul justificatif suffit.
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une carte d'invalidité dont le taux est \geq à 80%	- copie de la carte d'invalidité
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (GIR 1 à 4)	- copie de la carte correspondante - si vous percevez l'APA par un autre département que les Hauts-de-Seine, copie de la notification
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une carte d'invalidité portant les mentions « besoin d'accompagnement » ou « cécité »	- copie de la carte correspondante
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une carte de Grand Invalide de Guerre (GIG)	- copie de la carte correspondante

Le dispositif PAM 92 est réservé aux alto-séquanais vivant à domicile ne pouvant prendre ni les transports en commun, ni un taxi ordinaire.

Les titulaires d'une carte de transport améthyste ne peuvent bénéficier de cette aide.

TRANSPORTS EXCLUS DE LA PRISE EN CHARGE PAM 92 :

- Les déplacements pris en charge par l'assurance maladie (sanitaires et médicaux, ceux vers les établissements médico-sociaux et ceux vers les établissements et services d'éducation spécialisée),
- Les déplacements collectifs (hors trajet domicile-travail) dans le cadre des activités des établissements,
- Les déplacements (hors loisirs) des scolaires et étudiants vers les établissements scolaires ou de formation.

Si la personne remplit l'un de ces critères, elle doit transmettre le justificatif correspondant avec son dossier de demande d'inscription.

QUESTIONNAIRE A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN

NOM MARITAL (*en majuscules*).....
NOM DE NAISSANCE (*en majuscules*)
PRENOMS.....
DATE DE NAISSANCE | | | | | | | | | |
ADRESSE
CODE POSTAL | | | | |
COMMUNE

RÉDUCTION IMPORTANTE DE LA CAPACITÉ ET DE L'AUTONOMIE DE DÉPLACEMENT A PIED QUEL QUE SOIT LE HANDICAP

(atteintes des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, polyhandicap ou trouble de santé invalidant).

1. Périmètre de marche inférieur ou égal à 200 mètres préciser : oui non
2. Recours à une aide humaine oui non
3. Recours à une canne ou un autre appareillage (déambulateur...) oui non
4. Recours à un fauteuil roulant pour les déplacements extérieurs oui non
5. Recours à une oxygénothérapie pour les déplacements extérieurs oui non

ACCOMPAGNEMENT PAR UNE TIERCE PERSONNE POUR TOUS LES DEPLACEMENTS

(altération d'une fonction mentale, cognitive ou psychique, sensorielle(visuelle) nécessitant une surveillance régulière ou permanente du fait de risques de mise en danger de la personne âgée ou handicapée)


Accompagnement par tierce personne oui non

EVOLUTIVITE

1. Etat stationnaire évolutif non évolutif
2. Si état évolutif :
Durée de Handicap prévisible inférieure à un an supérieure à un an

COORDONNEES DU MEDECIN

Le présent certificat a été établi par le docteur :

NOM DU MEDECIN (*en majuscules*).....
ADRESSE :.....
CODE POSTAL | | | | | COMMUNE


SIGNATURE

CACHET

DEMANDE DE PRELEVEMENT J'autorise le créancier désigné ci-dessous à faire prélever, en sa faveur, auprès de l'Etablissement teneur de mon compte, les sommes dont je lui serai redevable au titre de La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR
521800

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

COMPTE A DEBITER

Codes
Etablissement Guichet N° du compte Clé R.I.B.
date Signature :

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

**Régie de recette PAM 92
Keolis Mobilité Hauts de Seine
1 à 3 avenue François Mitterrand - Batiment Le Jade
93200 SAINT DENIS**

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1.04.80 de la Commission Informatique et Liberté.

DEMANDE DE PRELEVEMENT J'autorise le créancier désigné ci-dessous à faire prélever, en sa faveur, auprès de l'Etablissement teneur de mon compte, les sommes dont je lui serai redevable au titre de La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR
521800

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

COMPTE A DEBITER

Codes
Etablissement Guichet N° du compte Clé R.I.B.
date Signature :

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

**Régie de recette PAM 92
Keolis Mobilité Hauts de Seine
1 à 3 avenue François Mitterrand - Batiment Le Jade
93200 SAINT DENIS**

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1.04.80 de la Commission Informatique et Liberté.

Prrière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.).