

## 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, sauf à titre dérogatoire pour les personnes non voyantes) L'inscription sera confirmée par le service PAM 92 par courrier avec un numéro d'inscription à rappeler au moment des réservations.*

### COORDONNEES

Nom marital (en majuscule) : .....

Nom de naissance (en majuscule) : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Sexe : .....  Féminin .....  Masculin

Adresse: .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tel Fixe : ..... Tel Portable : .....

Vous êtes :  célibataire  marié(e)  vie de couple  veuf(ve)  séparé(e)  divorcé(e).

Avez-vous déjà été inscrits au service par le passé ?  Oui  Non

### PERSONNE DE REFERENCE :

Tuteur  Curateur  Parents (si mineur)  Autres :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse: .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel fixe : ..... Tel portable : .....

### BESOIN D'ACCOMPAGNATEUR

*L'accompagnateur est une personne dont l'utilisateur a besoin, en raison de son handicap, pour son déplacement pendant le trajet dans le véhicule, montée ou descente du véhicule, orientation, etc.*

Avez-vous besoin d'un accompagnateur ?  Oui  Non

*La présence d'un accompagnateur valide, majeur et apte à vous assister (autre que le conducteur), sera obligatoire à chaque déplacement. En cas d'absence d'accompagnateur, PAM92 se réserve le droit de refuser votre accès au transport. Le transport de l'accompagnateur obligatoire est gratuit.*

***En revanche, l'accompagnant facultatif (personne qui n'est pas nécessaire au déplacement de l'utilisateur) 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 de Grand Invalide de Guerre (GIG)

**Veillez 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 tierce 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).

**TYPES DE HANDICAPS**

- fauteuil roulant
- fauteuil roulant transférable
- fauteuil roulant électrique
- semi valide
- non voyant
- mal voyant
- déficient intellectuel
- sourd ou malentendant

**CONDITIONS PARTICULIERES DE DEPLACEMENT**

- cannes
- chien-guide
- aide d'une tierce personne
- 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 à **FlexCité 92 PAM 92 – 73 rue Henri Barbusse – 92 000 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 à PAM 92.*

*-Un dossier incomplet retarde l'inscription au service PAM92*

## 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 :**

<b>VOUS ETES</b>	<b>JUSTIFICATIF OBLIGATOIRE A FOURNIR Un seul justificatif suffit.</b>
<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 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, sauf à titre dérogatoire pour les personnes non voyantes.*

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

### **TRANSPORTS EXCLUS DE LA PRISE EN CHARGE PAM 92 :**

- Les déplacements sanitaires et médicaux, déjà prise en charge par la sécurité sociale.
- Les déplacements vers les établissements spécialisés, sociaux et médico-sociaux (ESAT, FAM, MAS, EHPAD, IME, IEM, ITEP, les foyers d'hébergements et foyers de vie pour adultes handicapés...etc.), bénéficiant des aides sociales.
- Les déplacements des scolaires et étudiants vers les établissements scolaires, universitaires ou de formation, déjà pris en charge par le STIF. Dans le cas contraire, une notification de refus de prise en charge du STIF doit être fournie lors de la demande de trajet.
- Les déplacements collectifs dans le cadre des activités des établissements ou des associations.

## QUESTIONNAIRE A RENSEIGNER PAR LE MEDECIN

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

### REDUCTION 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  oui  non  
Préciser :
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 INDISPENSABLE 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 une tierce personne  oui  non  
(Si oui, l'accompagnateur transporté à titre gratuit, autre que le conducteur, sera obligatoire à chaque trajet)

### 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 .....

A : ....., le .....

**SIGNATURE et CACHET**