

DOSSIER D'INSCRIPTION AU SERVICE Pam 78

Transport et accompagnement des Yvelinois à mobilité réduite

RENSEIGNEMENTS SUR LE BENEFICIAIRE

NOM MARITAL (en majuscules) :
Nom de naissance :
Prénoms :
Date de naissance :
Adresse permanente :
Code postal : Ville :
Tel fixe : Tel portable : Tel bureau :
Adresse mail :

Avez-vous déjà bénéficié du service Pam 78 ? Oui Non

Si oui, quel est votre numéro d'identifiant actuel?.....

Joindre une copie recto-verso de votre carte d'identité et un justificatif de domicile (facture ou attestation) datant de moins de 3 mois.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE DE REFERENCE

(à contacter en cas d'urgence)

Statut : Tuteur Curateur Parents (si mineur) Autres
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tel fixe : Tel portable : Tel bureau :
Adresse mail :

CRITERES D'ATTRIBUTION

(cochez la case correspondant à votre situation)

- Titulaire d'une Carte Mobilité Inclusion (avec la mention invalidité) ou d'une carte d'invalidité
- Titulaire d'une carte de stationnement délivrée par l'office national des anciens combattants (double barre, Ministère de la Défense)
- Bénéficiaire de l'APA évalué en GIR 1 à 2
- Uniquement dans les Yvelines, bénéficiaire de l'APA évalué en GIR 3 à 4 pour les trajets vers les centres d'accueil de jour,

Joindre une copie recto-verso des documents justifiant le critère d'attribution, et le cas échéant, un justificatif d'inscription en accueil de jour.

SPECIFICITES DU BENEFICIAIRES ET DE SON EQUIPEMENT (cochez la case correspondant à votre situation)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non-Voyant | <input type="checkbox"/> Déficient intellectuel / psychique | <input type="checkbox"/> Sourd ou Malentendant |
| <input type="checkbox"/> Autre (semi-valide) | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant transférable | | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique |

BESOIN D'ACCOMPAGNATEUR

L'accompagnateur est une personne dont vous avez absolument besoin, en raison de votre handicap, pour votre déplacement (pendant le trajet dans le véhicule, la montée, la descente du véhicule, l'orientation...).

Il voyage gratuitement si votre carte mobilité inclusion invalidité ou votre carte d'invalidité porte la mention « Besoin d'accompagnement »

Dans certains cas exceptionnel, un certificat médical pourra également attester de la nécessité de ce besoin (à joindre)

PARTICIPATION FINANCIERE A LA CHARGE DE L'USAGER

Une participation financière aux transports PAM est laissée à la charge de l'utilisateur. Elle est calculée en fonction de la distance parcourue à vol d'oiseau à chaque voyage. Elle est facturée par le transporteur. La grille tarifaire figure sur le site internet www.pam78.info, rubrique service PAM, tarification.

« J'atteste sur l'honneur que les renseignements fournis sont exacts. Je comprends que toute déclaration erronée pourrait entraîner le refus de mon admission ou la révocation de mon admission. J'ai noté que tout abus en matière de besoin d'accompagnateur peut entraîner la suppression de l'accès au dispositif. J'autorise le service PAM à prendre connaissance des renseignements contenus sur ce formulaire et je m'engage à informer le PAM de toute modification de ma situation »

Lu et approuvé, le

Nom et signature du demandeur ou du représentant légal

Envoi du dossier à l'adresse suivante :

PAM 78
12 avenue des Près
BL 113
78180 MONTIGNY LE BRETONNEUX

09 78 04 78 78

Ou par email : pam78@transdev.com

CONFORMEMENT AU REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES du 25 mai 2018 :

Les renseignements portés sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique. Vous pouvez obtenir communication de ces informations et, le cas échéant, obtenir leur rectification, sur présentation d'une pièce d'identité.