

Inscription au Service Pam 75

Dossier

Transport et accompagnement
des Parisiens à mobilité réduite

COMPOSITION DU DOSSIER LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

Veuillez joindre les justificatifs suivants à votre dossier et envoyer le tout à
L'Accueil du Service Pam 75 – 48 rue Gabriel Lamé – 75012 Paris.

Dans tous les cas :

1. votre dossier complètement rempli, daté et signé
2. un justificatif de domicile de moins de trois mois (si vous résidez chez une tierce personne ou dans une institution, veuillez joindre une attestation d'hébergement, et d'un justificatif de domicile de la personne vous hébergeant) : Quittance de loyer, EDF-GDF, Facture de téléphone fixe, etc...)
3. une photocopie de votre carte d'invalidité (recto-verso) ou notification APA,
4. une photocopie de votre carte d'identité (recto-verso),
5. si vous êtes sous protection judiciaire (tutelle, curatelle, mineur) copie de la décision du tribunal ou extrait d'état civil ;

Si vous avez besoin d'un accompagnateur obligatoire pour vos déplacements :

6. un certificat médical indiquant la nature, l'origine, la gravité et l'évolution de votre handicap (Annexe 1)

Si vous effectuez des transports réguliers :

7. une demande pour chacun des transports réguliers, dûment complétée (Annexe 2)

Si vous optez pour le paiement par prélèvement automatique :

8. un relevé d'identité bancaire ou postale
9. l'autorisation de prélèvement (Annexe 3)

Si vous demandez une prise en charge par un tiers payant :

10. un projet de convention de prise en charge (Annexes 4 et 4bis)

Accueil du Service Pam 75 : 48, rue Gabriel Lamé – 75 012 Paris

DOSSIER D'INSCRIPTION
AU SERVICE Pam 75

Transport et accompagnement
des Parisiens en situation de handicap

Avez-vous déjà bénéficié du Service Pam 75 ? : NON OUI

Si OUI, indiquez votre N° Pam PASS : (remplissez le dossier, au cas où des informations auraient changé ou manqueraient pour mieux organiser vos déplacements).

VOS COORDONNEES

Nom marital (en majuscules) :

Nom de naissance (en majuscules) :

Prénoms :

Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone Fixe : Portable :

Adresse courrier électronique :

LA PERSONNE DE REFERENCE (à contacter en cas d'urgence)

Tuteur Curateur Parents (si mineur) Autres :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone Fixe : Portable :

Adresse courrier électronique :

VOTRE HANDICAP

Déficience auditive

Déficience visuelle → Cécité complète : Oui Non

Déficience intellectuelle Précisez : Alzheimer Autisme Parkinson Trisomie Autres

Déficience → Fauteuil roulant – non transférable

motrice Fauteuil roulant – fauteuil pliable, personne pouvant se transférer seule sur un siège de véhicule

Fauteuil roulant électrique

Semi valide – précisez si une canne ou un déambulateur est nécessaire à votre déplacement

Autre précisions (précautions particulières à prendre en compte pour le bon déroulement du transport) :
.....

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

Titulaire d'une carte d'invalidité dont le taux est supérieur ou égal 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 »

Titulaire d'une carte de stationnement

VOS DEPLACEMENTS

VOS CONDITIONS DE DEPLACEMENT (Possibilité de cocher plusieurs cases)

- besoin d'aucune aide
 - accompagnement par un chien guide
 - besoin de l'aide d'une tierce personne entre le lieu privatif et le lieu public de prise en charge
 - capacité à rester seul dans le véhicule lorsque le conducteur assure la prise en charge d'un autre client
 - capacité à monter dans un véhicule Taxi non aménagé
 - capacité à emprunter le réseau classique de transports en commun
-

VOTRE BESOIN D'ACCOMPAGNATEUR

L'accompagnateur obligatoire est une personne dont vous avez besoin en raison de votre handicap, pour votre déplacement pendant le trajet dans le véhicule, en montée ou descente du véhicule, orientation, etc. La présence d'un accompagnateur de votre choix sera obligatoire à chaque déplacement. Un certificat médical doit préciser le besoin et les capacités exigées de votre accompagnateur. En cas d'absence d'accompagnateur, votre déplacement peut être refusé. Le transport de votre accompagnateur obligatoire est gratuit. Si l'accompagnement est assuré par un animal dressé pour ce rôle, son transport est aussi gratuit. Tout abus peut entraîner la suspension de l'accès au Service Pam 75.

- Avez-vous besoin d'un accompagnateur obligatoire ? Non Oui
- Avez-vous besoin d'un animal accompagnateur Non Oui (précisez :)
- Certificat médical joint ? Oui Non
-

LES ACCOMPAGNANTS FACULTATIFS

Dorénavant, vous pouvez demander à chaque réservation la possibilité d'avoir un ou plusieurs accompagnants facultatifs (personnes qui ne sont pas nécessaires à votre déplacement). Ils ne sont pas prioritaires, leur trajet doit être le même que le vôtre et vous devez payer leur déplacement.

VOS ANIMAUX DE COMPAGNIE ET VOS BAGAGES

Le Service Pam 75 est susceptible de transporter votre animal de compagnie et des bagages, gratuitement, s'ils respectent les conditions fixées dans le règlement d'exploitation que nous vous invitons à consulter. Pour mieux vous servir, vous voudrez bien nous les signaler dès votre réservation.

VOTRE MODE DE PAIEMENT

Une participation financière aux transports est laissée à la charge de l'utilisateur.

Dans le cadre de la régie de recettes départementale Pam 75, vos paiements seront encaissés directement au nom du Trésor Public.

L'année 2011 est particulière. Dès maintenant et jusqu'au mois de juillet 2011 au plus tard, **le paiement de vos transports Pam 75 sera à effectuer à réception de la facture.** Pour cela, tous les mois, jusqu'à fin juin au plus tard, une facture vous sera adressée. Vous aurez donc un délai jusqu'en juillet 2011 pour choisir un mode de règlement.

Au plus tard en août 2011, votre choix de paiement devra être fait entre :

le prépaiement

Vous **approvisionnez votre « compte mobilité »** à la fin du mois M afin d'effectuer vos transports dans le courant du mois suivant, ou au moment de chaque réservation. Cet approvisionnement est possible par virements ou par chèques dès maintenant, un peu plus tard par cartes bancaires au téléphone ou par Internet. Vous pouvez aussi payer à l'accueil du Service Pam 75, y compris en espèces. **Le paiement dans les véhicules est strictement interdit.**

Vous avez aussi la possibilité, pour vous décharger de tous soucis, d'autoriser la Régie Pam 75 à approvisionner votre compte par prélèvement automatique. Vous trouverez dans l'annexe 3 un formulaire d'autorisation de prélèvement à retourner, dûment complété, à l'Accueil du Service Pam 75.

Dans tous les cas, vous recevrez chaque mois un relevé de votre compte mobilité, avec le détail des paiements, déplacements et éventuellement pénalités de la période.

le paiement différé

Si votre demande de bénéficier du paiement différé est acceptée par le Régisseur Départemental Pam 75, vous recevrez la première quinzaine de chaque mois, une facture avec le rappel de vos derniers paiements, vos déplacements et éventuellement les pénalités de la période. Un prélèvement automatique sera effectué sur votre compte au début du mois suivant par la Régie départementale Pam 75.

Pour cela, merci de nous retourner le formulaire d'autorisation de prélèvement de l'annexe 3, dûment complété, à l'Accueil du Service Pam 75.

Votre choix : (cocher la case correspondante) :

Pré-paiement par paiement libre

par prélèvement : *remplissez l'annexe 3*

Montant fixe _____ €

Date fixe - Montant initial _____ €

Paiement différé (par prélèvement automatique : *remplissez l'annexe 3*)

PRISE EN CHARGE DE CERTAINS DE VOS DEPLACEMENTS PAR UN TIERS

Dans le cas où certains de vos transports peuvent être pris en charge par un organisme tiers (employeur, association, Préfecture, aide sociale,...), merci d'indiquer :

Nom de l'organisme :

Personne à contacter :

Adresse :

Téléphone :

Merci de remplir le formulaire **en annexe 4**. Pam 75 adressera à cet organisme le dossier de prise en charge de vos frais de transport.

LES CONDITIONS D'UTILISATION DU SERVICE

En vous inscrivant au service Pam 75, vous acceptez les conditions d'utilisation du service qui sont répertoriées dans le règlement d'exploitation (si vous n'avez pas reçu ce document, l'Accueil du Service Pam 75 vous le fera parvenir sur simple demande).

INFORMATIQUE ET LIBERTE

Je déclare accepter que les informations me concernant communiquées au Service Pam 75 fassent l'objet d'un traitement interne, sachant que je pourrai à tout moment avoir accès à ces informations, et demander la modification, la rectification ou la suppression de celles-ci, en application de la Loi Informatique et Libertés, auprès du Département de Paris, Service des Déplacements, 40, rue du Louvre, 75001 PARIS

Fait à, le

Le bénéficiaire

OU

Le tuteur Le curateur Le parent (préciser la relation) Autres (préciser)

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Code postal Ville

Signature :

Inscription au Service Pam 75 Annexes

Accueil du service Pam 75 : 48, rue Gabriel Lamé – 75 012 Paris

Inscription PAM 75 - Annexe 1 : CERTIFICAT MEDICAL
relatif aux conditions d'utilisation et d'accompagnement pour Pam 75

(Questionnaire à renseigner par le médecin de votre choix et joindre au dossier)

COORDONNEES DU DEMANDEUR

Nom marital (en majuscules) :
Nom de naissance (en majuscules) :
Prénoms :
Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin
Adresse :
Code postal : Ville :

RÉDUCTION IMPORTANTE DE LA CAPACITÉ ET DE L'AUTONOMIE DE DÉPLACEMENT A PIED QUELQUE 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
Précisez :
2. Recours à une aide humaine Oui Non
3. Recours à une canne ou un appareillage 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 DÉPLACEMENTS

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

Accompagnement par tierce personne obligatoire Oui Non

ÉVOLUTIVITÉ

Etat Evolutif Stationnaire
Si état évolutif : durée du handicap prévisible Inférieure à un an Supérieure à un an

COORDONNÉES DU MÉDECIN

Le présent certificat a été établi par le Docteur :
Nom du médecin :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone :
Cachet : date :

SIGNATURE

Inscription PAM 75 - Annexe 2 : DEMANDE DE TRANSPORTS REGULIERS (faire une demande par itinéraire)

Je soussigné (e) (nom, prénom)

demeurant (adresse complète) :

Code postal Ville

demande à bénéficier du dispositif de « transport régulier » pour le motif suivant :

- Travail
- Démarches Personnelles
- Santé
- Loisirs

Extrémité 1 (adresse complète) :

Code postal Ville

Extrémité 2 (adresse complète) :

Code postal Ville

		Heure de départ souhaitée	OU	Heure d'arrivée souhaitée	Horaire de votre activité
Lundi	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
Mardi	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
Mercredi	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
Jeudi	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
Vendredi	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
Samedi	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :
Dimanche	Aller		OU		Début :
	Retour		OU		Fin :

Périodes d'interruption prévisibles (soyez précis) :

Adresse du représentant de l'entreprise / organisme médical (adresse complète):

.....
.....

Nom du référent.....

Prénom du référent.....

Qualité.....

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR / ORGANISME MEDICAL

Je soussigné (e) (nom, prénom, qualité)

représentant la société :

siège social :

adresse de correspondance (adresse complète):

atteste que le déplacement demandé doit être effectué suivant le rythme indiqué pour les raisons suivantes :

.....

Cachet :

date :

SIGNATURE

Accueil du service Pam 75 : 48, rue Gabriel Lamé – 75 012 Paris

Inscription PAM 75 - Annexe 3 :

AUTORISATION DE PRELEVEMENT (sur un compte personnel)

Vous avez demandé à adhérer au paiement par prélèvement pour régler vos déplacements avec Pam 75 et je vous en remercie.

Afin de nous permettre d'effectuer les prélèvements sur votre compte bancaire, **je vous invite à signer et à adresser l'autorisation de prélèvement jointe à l'Accueil du Service Pam 75.** Nous le transmettrons à votre banque dans les meilleurs délais.

Accueil du Service Pam 75 : 48, rue Gabriel Lamé – 75 012 Paris

Vous recevrez au cours du mois prochain un courrier précisant la date d'application et confirmant le mode de calcul du montant des prélèvements qui seront effectués chaque mois, conformément au choix que vous avez fait.

Pour vous accompagner dans la gestion de votre compte, un guide pratique est disponible auprès de l'Accueil Pam 75 ou sur Internet www.pam.info

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Le régisseur Pam 75

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Je soussigné, (*nom, prénom*) _____

autorise l'établissement (*nom et adresse de votre agence bancaire*)

teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements relatifs aux sommes dues au Trésor Public pour l'utilisation du Service de transport Pam 75. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le Trésor Public (régie Pam 75).

N° national d'EMETTEUR : 584431

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
	TRESOR PUBLIC REGIE Pam 75 48 rue Gabriel Lamé 75 012 Paris

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER				DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB	

JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE COMPLET (RIB, BIC et IBAN)

Fait à _____, le _____ (Signature)

Accueil du service Pam 75 : 48, rue Gabriel Lamé – 75 012 Paris

Inscription PAM 75 - Annexe 4 : PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS DE DEPLACEMENTS D'UN USAGER

(à remplir par le demandeur)

M, Mme, Mlle _____

Demeurant _____

Code postal _____ Ville _____

demande à ce que sa participation financière pour ses déplacements effectués avec le Service départemental de transport PAM 75 pour les motifs suivants :

TRAVAIL - SOINS MEDICAUX - TOUS (cochez la case de votre demande)

soit prise en charge par le tiers ci-dessous désigné.

Cette faculté sera mise en œuvre dès que le tiers aura accepté les conditions ci-dessous.

(à remplir par le tiers prenant en charge l'usager)

Par la présente,

le soussigné, _____

agissant en qualité de (à compléter) : _____

Demeurant : _____

Code postal _____ Ville _____

OU

le soussigné, _____

agissant au nom de la société : _____

Code SIRET : _____

dont le siège social est situé _____

Code postal _____ Ville _____

Référence de l'engagement _____ de la commande _____

s'engage à prendre en charge le règlement du montant des participations pour l'usager et les motifs de déplacements utilisant le Service Pam 75 désignés ci-dessus, conformes aux arrêtés départementaux publiés relatifs aux conditions d'accès et à la tarification.

Les règlements seront effectués sous délai de 40 jours à l'envoi des factures mensuelles au nom du Trésor public sur le compte du régisseur Pam 75, par virement ou par chèque.

J'opte pour le prélèvement entre le 1^{er} et le 5 de chaque mois sur le compte bancaire désigné, en **signant puis adressant l'autorisation de prélèvement ci-dessous à l'Accueil du Service Pam 75**, qui le transmettra à la banque dans les meilleurs délais.

Le présent engagement vaut jusqu'à la date du ___ / ___ / _____.

Il peut être dénoncé à tout moment par lettre recommandée RAR avec un préavis de deux mois, ou sans délai à compter de la date d'application d'un arrêté départemental modifiant les conditions d'accès ou les tarifs applicables aux usagers du Service Pam 75.

Fait à _____, le

(Signature et cachet)

Accueil du service Pam 75 : 48, rue Gabriel Lamé – 75 012 Paris

Vous recevrez le mois prochain un courrier précisant la date d'application de votre prise en charge.

Inscription PAM 75 - Annexe 4bis : PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS DE DEPLACEMENTS D'UN USAGER

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Je soussigné, (nom, prénom) _____

agissant en qualité de _____

au nom de : _____

SIRET : _____

Siège social : _____

Référence de l'engagement _____ de la commande _____

autorise l'établissement (nom et adresse de l'agence bancaire)

teneur du compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements relatifs aux sommes dues au Trésor Public pour l'utilisation du Service de transport Pam 75. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le Trésor Public (régie Pam 75).

N° national d'EMETTEUR : 584431

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
	<p>TRESOR PUBLIC REGIE Pam 75 48 rue Gabriel Lamé 75 012 Paris</p>

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER				DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB	

JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE COMPLET (RIB, BIC et IBAN)

Fait à _____, le _____ (Signature et cachet)

Accueil du service Pam 75 : 48, rue Gabriel Lamé – 75 012 Paris