
TRANSPORTS EXCLUS DE LA PRISE EN CHARGE :

- Les déplacements pris en charge par l'assurance maladie (sanitaires et médicaux-sociaux),
- 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.
- Les déplacements des personnes âgées placées en maison de retraite.

PARTICIPATION FINANCIERE A LA CHARGE DE L'USAGER :

Les tarifs facturés à l'utilisateur par le transporteur s'appliquent par trajet à « vol d'oiseau » et par palier de kilomètres :

6,60 € TTC pour un trajet inférieur à 15 kilomètres,

9,90 € TTC pour 15 à 30 kilomètres,

16,50 € TTC pour 30 à 50 kilomètres,

33 € TTC pour tout trajet en Ile de France, supérieur à 50 kilomètres.

Aucune participation financière ne sera demandée à l'accompagnateur dont la personne a besoin. En revanche, l'accompagnant éventuel (personne qui n'est pas nécessaire au déplacement de l'utilisateur) n'est pas prioritaire et son déplacement est payant.

A titre d'information, votre participation représente 20% du coût total du trajet, le reste étant pris en charge par le Département, le STIF et le Conseil Régional d'Ile-de-France.

J'atteste sur l'honneur que :

- les renseignements portés sur ce document sont exacts,
- je m'engage à informer la Direction de l'Autonomie (Hôtel du Département, service de l'Aide Sociale, 2 place André Mignot 78012 Versailles Cedex) de toute modification de ma situation,
- j'accepte, dans le cadre d'une demande qui nécessite une coordination éventuelle avec d'autres partenaires, que les éléments de ce dossier soient communiqués aux gestionnaires de ces prestations.

LU ET APPROUVE, le

**Signature du demandeur
ou de son représentant légal**

ENVOI DU DOSSIER :

L'imprimé de demande complété, signé et accompagné des justificatifs correspondant à votre situation, est à adresser au Conseil Général des Yvelines, Direction de l'Autonomie, Hôtel du Département, Service de l'Aide Sociale (inscription PAM 78), 2 place André Mignot, 78012 Versailles Cedex.

Il est possible de se procurer le règlement du PAM78 sur le site www.cg78.fr

CONFORMEMENT A LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTES » DU 6 JANVIER 1978 :

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, en vous adressant sur rendez-vous au Service de l'Aide Sociale.

CERTIFICAT MEDICAL TYPE

En cas de mobilité temporairement réduite, le présent certificat médical-type devra être retourné, sous pli cacheté avec le dossier de demande de transport de personne à mobilité réduite PAM 78 (coordonnées ou enveloppe pré remplie) à l'attention du :

Médecin du Conseil Général des Yvelines
Direction de l'Autonomie
PAM 78 pour aider à la mobilité
2, place André Mignot,
78012 VERSAILLES

RAPPEL DES CRITERES D'ELIGIBILITE A LA PRISE EN CHARGE POUR LE TRANSPORT DES PERSONNES A MOBILITE REDUITE YVELINOIS PAM 78 :

VOUS ETES :	JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES A FOURNIR :
<input type="checkbox"/> TITULAIRE D'UNE CARTE D'INVALIDITE	- copie de la carte correspondante + attestation de domicile privé *
<input type="checkbox"/> TITULAIRE D'UNE CARTE DE STATIONNEMENT (EX CARTE EUROPEENNE OU MACARON GIG-GIC)	- copie de la carte + attestation de domicile privé *
<input type="checkbox"/> BENEFICIAIRE DE L'APA A DOMICILE (GIR 1 A 4)	- si vous percevez l'APA, copie de la notification
<input type="checkbox"/> TEMPORAIREMENT EN MOBILITE REDUITE CORRESPONDANT A UN TAUX D'INCAPACITE DE 80%	- certificat médical type téléchargeable sur www.yvelines.fr rubrique PAM78 à retourner sous pli cacheté précisant les critères et la durée de l'incapacité (durée maximale 3 mois)

*** * ATTENTION : parmi les établissements, seul le foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés est considéré comme un domicile privé.**

Le dispositif PAM 78 est réservé aux personnes domiciliées dans le département des Yvelines ne pouvant prendre ni les transports en commun, ni un taxi ordinaire.

TRANSPORTS EXCLUS DE LA PRISE EN CHARGE PAM 78:

- Les déplacements pris en charge par d'autres organismes,
- 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.
- Les déplacements des personnes âgées en maison de retraite

Tourner le présent document SVP

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 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 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 :