



**Demande d'inscription au Service
de transport spécialisé
de l'Essonne**

Afin de faciliter le traitement de votre demande, nous vous demandons de bien vouloir renseigner lisiblement les champs suivants et de compléter l'ensemble des rubriques vous concernant.

Pour toute demande d'information n'hésitez pas à contacter nos conseillers au 0810 10 11 91*

*prix d'un appel local

VOTRE IDENTITE

Mme Melle M..... NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Adresse du domicile :
Complément (bât.; résid. ; code ; étage...):.....
Code postal : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone bureau :
E-mail¹ :

Nom et coordonnées du responsable légal ou de la personne référente :

- Curateur
 Tuteur
 Autres

.....
.....
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Téléphone bureau :
E-mail¹:.....

Motifs de déplacements habituels (plusieurs choix possibles) :

- Professionnel Médical/paramédical (non pris en charge par l'assurance maladie)
 Loisirs Autres

Comment avez-vous eu connaissance du service PAM91 ?

- Mairie Services Sociaux Associations Internet Bouche à oreille
 Autre, précisez :

RECONNAISSANCE DU HANDICAP

CRITERES D'ATTRIBUTION :

Vous êtes résidant de l'Essonne et :

- Titulaire d'une carte d'invalidité à 80 % ou plus
 Bénéficiaires de l'APA à domicile (GIR 1 à 4)

Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers -: 0810 10 11 91*,

*prix d'un appel local ¹Facultatif

VOTRE SITUATION

- Handicap sensoriel auditif
 Handicap sensoriel visuel
 Déficience intellectuelle
 Handicap moteur
 Autre type de handicap :

En cas de déficience moteur, utilisez-vous ?

- Un fauteuil roulant manuel un fauteuil roulant électrique

Si possible précisez les dimensions :

- un déambulateur une ou des canne(s)

Vous est-il possible d'effectuer un transfert du fauteuil roulant sur un siège de véhicule ? Oui Non

Nous attirons votre attention sur le fait que, pour être transporté, votre fauteuil roulant doit être en bon état de fonctionnement (poignées solides, roues gonflées, freins opérationnels...) et arrimable en toute sécurité dans tous les véhicules.

Les conducteurs ne sont pas habilités à faire du portage.

Pam 91 ne pourra pas assurer votre transport si votre domicile ou votre lieu de destination sont inaccessibles.

ACCOMPAGNEMENT

Voyagez-vous obligatoirement avec un accompagnateur ? Oui Non

*Un seul accompagnateur est accepté. Il voyage **gratuitement (si mention « Besoin d'accompagnement » ou « Tierce Personne » sur le recto de la carte d'invalidité)**. Tout abus peut entraîner la révision de votre accès au dispositif. En fonction de votre situation ou pour des raisons de sécurité Pam 91, peut juger la présence de cet accompagnateur **nécessaire et obligatoire durant le transport**.*

Y a-t-il toujours une tierce personne à votre domicile pour vous amener et/ou vous reprendre au véhicule ?

OUI Nom..... Prénom.....
Lien de parenté..... N° téléphone :.....

Dans ce cas la présence de cette personne est OBLIGATOIRE à la prise en charge et à la dépose. Son absence entraînera l'annulation du transport.

NON Dans ce cas vous nous autorisez à vous laisser seul (e) à votre domicile.

Vous pouvez être accompagné occasionnellement par une personne de votre choix, sans que sa présence vous soit nécessaire dans votre déplacement et sous réserve de ne pas pénaliser d'autres usagers. Un seul accompagnant est accepté. Son transport est payant au tarif usager Pam91.

Voyagez-vous avec un chien accompagnateur ? Oui Non

Par ailleurs, utilisez-vous les transports en commun « classiques » ? Oui Non

Si oui lignes accessibles lignes « ordinaires »

PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Mme Melle M. NOM : Prénom :
Lien avec la personne (père, mère, tuteur, autres...)
Adresse du domicile :
.....
Code postal : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
.....
Téléphone bureau Email¹ :

Mme Melle M. NOM : Prénom :
Lien avec la personne (père, mère, tuteur, autres...).....
Adresse du domicile :
.....
Code postal : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
.....
Téléphone bureau : Email² :

Les coordonnées des personnes à joindre en cas d'urgence sont très importantes et doivent être à jour en permanence.

MODALITES DE REGLEMENT DU SERVICE

Nous vous proposons de régler vos voyages en créditant votre Compte Mobilité à tout moment :

- Par prélèvement bancaire automatique (dans ce cas, merci de compléter la demande d'autorisation de prélèvement, et de joindre un RIB)
- Par chèque ou mandat-postal directement envoyé par courrier à l'agence commerciale
- Directement à l'agence commerciale du service en espèces, chèque ou carte bancaire
- Directement à bord des véhicules en espèces ou par chèque.
- Par chèque Taxi directement envoyé par courrier à l'agence commerciale.

Adresse de facturation :

Adresse du domicile adresse du responsable légal

Autre (dans ce cas veuillez préciser le nom et l'adresse) :

.....
.....

¹ facultatif

⁴ facultatif

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Obligatoirement :

- **Photocopie d'une pièce d'identité**
- **Photocopie d'un justificatif de domicile**

SI VOUS ETES :	JUSTIFICATIF OBLIGATOIRE A FOURNIR
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une carte d'invalidité à 80% ou plus	Copie de la carte (recto-verso)
<input type="checkbox"/> Bénéficiaires de l'APA à domicile (GIR 1 à 4)	Copie de la notification d'attribution
<input type="checkbox"/> Salarié(e) dans un ESAT (établissement et service d'aide par le travail) en l'absence de desserte de transport en commun et si le trajet domicile-travail n'est pas assuré par l'établissement	Attestation nominative de l'ESAT précisant que le transport domicile -travail n'est pas assuré par l'établissement

Pour un règlement par prélèvement bancaire automatique :

- Compléter la demande d'autorisation de prélèvement (ci-joint en dernière page)
- Joindre un RIB

VOS LIEUX DE PRISE EN CHARGE ET DE DESTINATION

LIEU DE PRISE EN CHARGE – SI DIFFERENT DU DOMICILE

Adresse :

Ville : Code postal :

Etage et/ou n° de porte : Code d'entrée :

Ascenseur : oui non Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Problèmes particuliers liés à ce lieu :

Repérage des lieux :

Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?

A quel endroit attendez-vous le conducteur (dans l'entrée de l'immeuble, dans le hall, sur trottoir...) ?

LIEU DE DESTINATION 1

Adresse :

Ville : Code postal :

Etage et/ou n° de porte : Code d'entrée :

Ascenseur : oui non Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Problèmes particuliers liés à ce lieu :

Repérage des lieux :

Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?

A quel endroit attendez-vous le conducteur (dans l'entrée de l'immeuble, dans le hall, sur trottoir...) ?

LIEU DE DESTINATION 2

Adresse :

Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers - : 0810 10 11 91*,

*prix d'un appel local ¹Facultatif

Ville : Code postal :
Etage et/ou n° de porte : Code d'entrée :
Ascenseur : oui non Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Problèmes particuliers liés à ce lieu :
Repérage des lieux :
Disposez-vous d'une tierce personne sur place ?
A quel endroit attendez-vous le conducteur (dans l'entrée de l'immeuble, dans le hall, sur trottoir...) ?
.....

Je déclare avoir pris connaissance et approuvé les conditions d'utilisation du service.

Fait à :, le..... Signature du demandeur ou de son représentant légal

Merci de nous envoyer ce formulaire ainsi que les pièces justificatives à l'adresse suivante :

**FlexCité 91,
Service Clientèle
18, Rue Jean Mermoz
91080 COURCOURONNES**

ou bien par télécopie au 01 60 87 85 89

FlexCité 91 dispose d'un système informatique destiné à traiter les informations concernant ses clients.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à organiser au mieux les transports à la demande de porte à porte que nous assurons dans le cadre d'un marché public. Les destinataires des données sont le personnel de direction, le superviseur commercial, le superviseur opérationnel et les régulateurs.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service clientèle de FlexCité 91

VOTRE DEMANDE DE TRANSPORTS REGULIERS

NOM : **Prénom :** **Date de la demande :**

Motif du déplacement : Travail Loisirs Santé (non pris en charge par l'assurance maladie)

Autres : (préciser).....

Ce transport sera systématiquement suspendu les jours fériés. Merci de contacter le service 20 jours avant votre déplacement pour le maintenir. Merci également de contacter le service 20 jours avant le début de vos **vacances** et de bien préciser les dates de suspension de vos transports. Tout déplacement inutile **vous serait facturé 3 euros.**

FREQUENCE ET HORAIRES A COMPTER DU : / / **JUSQU'AU :** / /

		Heure de départ souhaité	ou	Heure d'arrivée souhaitée
LUNDI	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
MARDI	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
MERCREDI	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
JEUDI	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
VENDREDI	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
SAMEDI	Aller :		ou	
	Retour :		ou	
DIMANCHE	Aller :		ou	
	Retour :		ou	

LIEU DE PRISE EN CHARGE

Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Complément (bât.; résid.; **code interphone ; étage** ...) :
 Ascenseur : oui non Problèmes particuliers liés à ce lieu.....
 Repérage des lieux (en face de ; à côté de...) :
 ☎ portable :/...../...../...../..... ☎ dom :/...../...../...../..... ☎ bur :/...../...../...../.....

Quel temps estimez-vous nécessaire de prévoir pour vous accompagner au véhicule :.....mn

Une tierce personne peut-elle vous accueillir sur place ? si oui, veuillez nous indiquer :

- son nom / prénom:.....

- lien de parenté : Téléphone :/...../...../...../.....

DESTINATION

Adresse * :
 Code Postal : Ville :
 Complément (bât.; résid.; **code interphone ; étage** ...) :
 Ascenseur : oui non Problèmes particuliers liés à ce lieu.....
 Repérage des lieux (en face de ; à côté de...) :
 ☎ portable :/...../...../...../..... ☎ dom :/...../...../...../..... ☎ bur :/...../...../...../.....

*S'il s'agit d'un transport santé indiquer le nom du médecin, du kiné ou tout autre renseignement utile.

Quel temps estimez-vous nécessaire de prévoir pour vous accompagner hors du véhicule:.....mn

Une tierce personne peut-elle vous accueillir sur place ? si oui, veuillez nous indiquer :

- son nom / prénom:.....

- lien de parenté : Téléphone :/...../...../...../.....

Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers - : 0810 10 11 91*,

*prix d'un appel local ¹Facultatif

