

**pam** 95  
val d'oise

Pour Aider  
à la Mobilité



Dossier  
d'inscription

\* île de France

val  
d'oise  
le département

stif

réseau pam



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.

## 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-mail : .....

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

Curateur       Tuteur       Autres : .....  
Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....  
Téléphone bureau : .....  
E-mail : .....

### Motifs de déplacements habituels (plusieurs choix possibles) :

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

## RECONNAISSANCE DU HANDICAP

### CRITERES D'ATTRIBUTION :

**Vous êtes résidant du Val d'Oise depuis plus de 3 mois et :**

- Titulaire d'une carte d'invalidité à 80% ou plus
- Titulaire d'une carte « priorité personnes handicapées » avec un taux d'invalidité compris entre 50 et 79% et d'une carte de stationnement pour personnes handicapées délivrée par la Préfecture
- Titulaire d'une carte de stationnement pour personnes handicapées délivrée par le Ministère de la Défense.
- Bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)



## VOTRE SITUATION

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

En cas de déficience moteur, utilisez-vous ?

- un déambulateur  un fauteuil roulant manuel  
 une ou des canne(s)  un fauteuil roulant électrique  
Si possible précisez les dimensions : .....

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

### Nous attirons votre attention sur les points suivants :

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 95 ne pourra pas assurer votre transport « porte à porte » si votre lieu d'origine et/ou votre lieu de destination est inaccessible.

## ACCOMPAGNEMENT

Un seul accompagnateur est accepté.

Il voyage gratuitement si vous possédez une carte portant les mentions « besoin d'accompagnement » ou « cécité ». L'accompagnateur est une personne dont l'usager a besoin, en raison de son handicap, pour son déplacement (pendant le trajet dans le véhicule, montée, descente du véhicule, orientation...).

Tout abus peut entraîner la révision de votre accès au service.

En fonction de votre situation ou pour des raisons de sécurité, Pam 95 peut juger la présence de cet accompagnateur nécessaire et obligatoire durant le transport.

Voyagez-vous obligatoirement avec un accompagnateur ?  Oui  Non



Pour les personnes déficientes intellectuelles, 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° de 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.

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 »

#### PERSONNES 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 : ..... E-mail : .....

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 : ..... E-mail : .....

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



## MODALITES DE PAIEMENT 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 en page 9** de ce document 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

**Nos factures seront à adresser à :**

- adresse du domicile .....  adresse du responsable légal
- autre :(dans ce cas veuillez préciser le nom et l'adresse)

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

## LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR - OBLIGATOIREMENT

**Tous ces justificatifs sont à joindre, si une de ces pièces manque, votre dossier sera incomplet.**

- Photocopie d'une pièce d'identité recto/verso
- Photocopie d'un justificatif de domicile (de moins de 3 mois)
- A joindre également, selon votre cas :

Si vous êtes :	Justificatif obligatoire à fournir :
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une carte d'invalidité à 80% ou plus	Copie de la carte recto - verso
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une carte priorité personnes handicapées avec un taux d'invalidité compris entre 50 et 79% et d'une carte de stationnement pour personnes handicapées délivrée par la Préfecture	Copie de la carte
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une carte de stationnement pour personnes handicapées délivrée par le Ministère de la Défense	Copie de la notification d'attribution
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)	Copie de la notification d'attribution



**VOS LIEUX DE PRISE EN CHARGE ET DE DESTINATION**

**Lieu de prise en charge si différent du domicile**

Adresse : .....

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

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

Ascenseur :  oui  non Problèmes particuliers liés à ce lieu : .....

Repérage des lieux : .....

Téléphone: .....

Disposez-vous d'une tierce personne sur place ? .....

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

**Lieu de destination 1**

Adresse : .....

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

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

Ascenseur :  oui  non Problèmes particuliers liés à ce lieu : .....

Repérage des lieux : .....

Téléphone: .....

Disposez-vous d'une tierce personne sur place ? .....

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

**Lieu de destination 2**

Adresse : .....

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

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

Ascenseur :  oui  non Problèmes particuliers liés à ce lieu : .....

Repérage des lieux : .....

Téléphone: .....

Disposez-vous d'une tierce personne sur place ? .....

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



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

Fait à : ....., le.....

Signature du demandeur ou du représentant légal.

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

**FlexCité 95**  
**Service commercial**  
**11/17 rue Constantin Pecqueur**  
**ZA des Châtaigniers**  
**95150 Taverny**  
ou par e-mail à [contact@pam95.info](mailto:contact@pam95.info)

FlexCité 95 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. Les destinataires des données sont le personnel de direction, le superviseur commercial, le superviseur opérationnel, les régulateurs et le Département du Val d'Oise.

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 95.



**DEMANDE DE TRANSPORTS REGULIERS**

NOM : ..... Prénom : .....

**Motif du déplacement :**

- Travail  Santé (non pris en charge par l'assurance maladie)  Autres : .....
- Loisirs

**Fréquence et horaires :**

A compter du : ..... jusqu'au .....

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

**Lieu de prise en charge (à compléter si différent du domicile) :**

Adresse : .....

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

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

Ascenseur :  oui  non Problèmes particuliers liés à ce lieu : .....

Téléphone: .....

**Destination**

Adresse \* : .....

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

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

Ascenseur :  oui  non Problèmes particuliers liés à ce lieu : .....

Téléphone: .....

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



FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PRELEVEMENT BANCAIRE  
OU DE CHANGEMENT DE COORDONNEES BANCAIRES

Ces documents sont à nous faire parvenir par courrier à l'adresse :

**FlexCité 95 - Service commercial - 11/17 rue Constantin Pecqueur - ZA des Châtaigniers - 95150 Taverny**

ou par e-mail à : [contact@pam95.info](mailto:contact@pam95.info)

**IMPORTANT**

Afin que votre demande soit prise en compte par le service commercial FlexCité 95, il est impératif de :

- 1. Compléter l'intégralité des deux volets de ce formulaire, et de les signer
- 2. Joindre en même temps un RIB

✂ -----

**Autorisation de prélèvement : exemplaire réservé à FlexCité 95**

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désignés ci-dessous.  
 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 créancier.

<b>N° national d'émetteur :</b>
---------------------------------

**Organisme créancier :** FlexCité 95 SAS - 11/17 rue Constantin Pecqueur - ZA des Châtaigniers - 95150 Taverny

**Titulaire du compte**

**Etablissement teneur du compte à débiter**

Nom/Prénom : ..... Banque : .....  
 Adresse : ..... Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : ..... Code postal : ..... Ville : .....

Code Banque	Code Guichet	Numéro de compte	Clé RIB

<b>Signature obligatoire :</b>
--------------------------------

✂ -----

**Autorisation de prélèvement : exemplaire réservé à la banque**

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désignés ci-dessous.  
 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 créancier.

<b>N° national d'émetteur :</b>
---------------------------------

**Organisme créancier :** FlexCité 95 SAS - 11/17 rue Constantin Pecqueur - ZA des Châtaigniers - 95150 Taverny

**Titulaire du compte**

**Etablissement teneur du compte à débiter**

Nom/Prénom : ..... Banque : .....  
 Adresse : ..... Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : ..... Code postal : ..... Ville : .....

Code Banque	Code Guichet	Numéro de compte	Clé RIB

<b>Signature obligatoire :</b>
--------------------------------



FlexCité 95 est la société exploitante du service Pam 95

Agence Pam 95 – FlexCité 95  
11/17 rue Constantin Pecqueur  
ZA des Chataigniers  
95150 Taverny  
Tel : 01 77 02 20 20  
Fax : 01 79 87 80 10