



Demande d'inscription au service de transport adapté Pam 77

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 0810 77* ou au 01 64 10 69 00

*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-mail² :

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 résident de la Seine et Marne depuis plus de 3 mois :

Titulaire d'une carte d'invalidité à 80% ou plus
 Titulaire d'une carte « priorité personnes handicapée » avec un taux d'invalidité compris entre 50 et 79% et d'une carte de stationnement pour personnes handicapées délivrée par la Préfecture

¹ facultatif

² facultatif

Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers : 0810 0810 77* ou 1 au 01 64 10 69 00

*prix d'un appel local

- 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
- 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 77 ne pourra pas assurer votre transport « porte à porte » si votre lieu d'origine et/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 vous possédez une carte portant les mentions « besoin d'accompagnement » ou « cécité ». L'accompagnateur est une personne dont l'utilisateur 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 dispositif.

En fonction de votre situation ou pour des raisons de sécurité, Pam 77, peut juger la présence de cet accompagnateur nécessaire et obligatoire durant le transport.

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 :.....

Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers : 0810 0810 77* ou 2 au 01 64 10 69 00

*prix d'un appel local

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-mail³ :.....

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-mail⁴ :.....

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, 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.

Adresse de facturation :

³ facultatif

⁴ facultatif

**Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers : 0810 0810 77* ou 3
au 01 64 10 69 00**

*prix d'un appel local

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

.....

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Obligatoirement :

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Photocopie d'un justificatif de domicile (de moins de 3 mois)
- Et :

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"/> Bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	Copie de la notification d'attribution
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une carte priorité personnes handicapées 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 européenne de stationnement pour personnes handicapées délivrée par le Ministère de la Défense	Copie de la notification d'attribution

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
 Problèmes particuliers liés à ce lieu :
 Repérage des lieux :
 Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

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
 Problèmes particuliers liés à ce lieu :
 Repérage des lieux :
 Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

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...) ?.....

**Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers : 0810 0810 77* ou 4
 au 01 64 10 69 00**

*prix d'un appel local

LIEU DE DESTINATION 2

Adresse :
Ville : Code postal :
Etage et/ou n° de porte : Code d'entrée :
Ascenseur : oui non
Problèmes particuliers liés à ce lieu :
Repérage des lieux :
Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
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
du représentant légal.

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

FlexCité 77
service clientèle
70 rue de l'Industrie
77176 Savigny-le-Temple

ou bien par télécopie au 01.64.10.69.19

FlexCité 77 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 de Seine-et-Marne.

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 77

**Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers : 0810 0810 77* ou 5
au 01 64 10 69 00**

*prix d'un appel local

DEMANDE DE TRANSPORTS REGULIERS

NOM : Prénom :

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

FREQUENCE ET HORAIRES

A COMPTER DU : / / JUSQU'AU : / /

		Heure de départ souhaité	Heure d'arrivée ou 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 (à compléter si différent du domicile)

Adresse :
 CodePostal : Ville :
 Complément (bât.; résid.; code ; étage...) :
 Ascenseur : oui non
 Problèmes particuliers liés à ce lieu :
 Repérage des lieux (en face de ; à côté de...) :
 Tél. : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Port : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

DESTINATION

Adresse * :
 Code Postal : Ville :
 Complément (bât.; résid.; code ; étage...) :
 Ascenseur : oui non
 Problèmes particuliers liés à ce lieu :
 Repérage des lieux :
 Tél : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

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

Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers : 0810 0810 77* ou 6 au 01 64 10 69 00

*prix d'un appel local

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

N° NATIONAL D'EMETTEUR

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

NOM : Prénom :

FLEXCITE 77

Adresse :

70 rue de l'Industrie

Code Postal :

77176

Ville :

Savigny-le-Temple

ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

Banque :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

COMPTE A DEBITER

établissement	guichet	N° de compte	Clé RIB

Joindre un Relevé d'Identité Bancaire ou Postale

Fait à :

Le :

Signature (OBLIGATOIRE) :

FLEXCITE 77 RCS 505352195 au capital de 80 000 €

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/78 (art. 27), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

**Pour toute demande d'information, n'hésitez pas à contacter nos conseillers : 0810 0810 77* ou 7
au 01 64 10 69 00**

*prix d'un appel local