**PAM 78**
**Pour aider à la mobilité**

**Yvelines**
Conseil général

# DEMANDE D'ACCES AU TRANSPORT DES PERSONNES A MOBILITE REDUITE PAM78

**dispositif réservé aux personnes domiciliées de manière permanente dans le département des Yvelines**
**ne pouvant prendre ni les transports en commun, ni un taxi ordinaire**
**(les titulaires de la carte «Améthyste/NAVIGO » ne peuvent pas bénéficier de cette aide)**

**NOM MARITAL** *(en majuscules)* ……

**NOM DE NAISSANCE** *(en majuscules)* ……

**PRENOMS** ……

**DATE DE NAISSANCE** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **SEXE** : ☐ F ☐ M

**VOUS ETES** : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ vie de couple/PACS ☐ veuf(ve) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e)

---

**PERSONNE DE REFERENCE** : ☐ Représentant légal ☐ Parent si mineur ☐ Autre

NOM : ……

PRENOM : ……

ADRESSE……

CODE POSTAL |_|_|_|_|_| COMMUNE……☎ ……

## ADRESSE DE VOTRE RESIDENCE PERMANENTE DANS LES YVELINES (*)

**(à justifier obligatoirement par la production de la dernière taxe d'habitation du logement occupé)**

……

……

CODE POSTAL |_|_|_|_|_| COMMUNE …… ☎ ……

**Votre adresse est à renseigner impérativement**

---

**BESOIN D'ACCOMPAGNATEUR : A JUSTIFIER PAR UN CERTIFICAT MEDICAL**

L'accompagnateur est une personne **dont vous avez besoin, en raison de votre handicap**, pour votre déplacement (pendant le trajet dans le véhicule, montée, descente du véhicule, orientation…). **Tout abus peut entraîner la suppression de votre accès au dispositif.**

AVEZ VOUS BESOIN D'UN ACCOMPAGNATEUR ? ☐ OUI ☐ NON

---

**CRITERES D'ATTRIBUTION : (UN SEUL CRITERE SUFFIT)**

| VOUS ETES : | JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES A FOURNIR EN SUPPLEMENT DE LA TAXE D'HABITATION ET LE CAS ECHEANT DU CERTIFICAT MEDICAL POUR L'ACCOMPAGNATEUR : |
|---|---|
| ☐ TITULAIRE D'UNE CARTE D'INVALIDITE | - copie de la carte |
| ☐ TITULAIRE DE LA CARTE DE STATIONNEMENT POUR PERSONNE HANDICAPEE DELIVREE PAR LE MINISTERE DE LA DEFENSE | - copie de la carte |
| ☐ BENEFICIAIRE DE L'APA A DOMICILE (GIR 1 A 4) | - copie de la notification |

**(*) ATTENTION : parmi les établissements, seules l'adresse d'un foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés et celle d'un foyer-logement pour personnes âgées peuvent être assimilées à une adresse permanente.**

**TRANSPORTS EXCLUS DE LA PRISE EN CHARGE :**

- Les déplacements pris en charge par l'assurance maladie (sanitaires et médicaux-sociaux),
- Les déplacements organisés collectivement par des structures
- Les déplacements des scolaires et étudiants vers les établissements scolaires ou de formation.
- Les déplacements des personnes âgées hébergées en maison de retraite.

**PARTICIPATION FINANCIERE A LA CHARGE DE L'USAGER :**

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

| Tranche kilométrique | 2014 | 2015 |
|---|---|---|
| **0 à 5 km** | 7,30 € | 7,50 € |
| **5 à 15 km** | 7,30 € | 7,50 € |
| **15 à 30 km** | 11,00 € | 11,30 € |
| **30 à 50 km** | 18,30 € | 18,80 € |
| **Plus de 50 km** | 36,60 € | 37,70 € |

Aucune participation financière ne sera demandée à l'accompagnateur dont la personne a besoin. L'accompagnant éventuel (personne qui n'est pas nécessaire au déplacement de l'usager) 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.

**Par ailleurs, je m'engage :**

- **à ne pas solliciter la carte «Améthyste/NAVIGO» en même temps que le dispositif PAM78**
- **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.**

**A……, le .....** **Nom et 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.

**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.