

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* ou au 01 60 87 85 80

*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 :

ATTENTION : Selon le Code de l'Action Sociale et des familles (Article L.122-2), le foyer d'hébergement ne peut être considéré comme domiciliation.

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:.....

Motif(s) de déplacements habituels (plusieurs choix possibles) :

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

Loisirs Autres

RECONNAISSANCE DU HANDICAP

Critères d'attribution :

Vous êtes résidant de l'Essonne et :

Titulaire d'une carte d'invalidité à 80 % ou plus

Bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Titulaire d'une carte de stationnement pour personne handicapée **délivrée par le Ministère de la Défense et des Anciens Combattants**, destinée aux invalides de guerre.

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

*prix d'un appel local ¹Facultatif

VOTRE SITUATION

Plusieurs choix sont possibles :

- 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 un déambulateur une canne

*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 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 conformément à la norme ISO 7176-19.

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

Vous pouvez être accompagné occasionnellement par une personne de votre choix, sous réserve de ne pas pénaliser d'autres usagers. Un seul accompagnateur est accepté.

Si votre carte d'invalidité comporte au recto la mention « Cécité » ou « Besoin d'accompagnement » ou « Tierce personne » ou « Droit de priorité » :

➡ Vous pouvez bénéficier d'un accompagnateur gratuit A CONDITION QU'IL SOIT VALIDE*.

*Tout abus peut entraîner la révision de votre accès au dispositif.

Si vous ne pouvez bénéficier d'un accompagnateur gratuit :

➡ Son transport est payant au tarif usager PAM 91. Ce dernier peut être invalide, mais attention de bien préciser s'il est en fauteuil roulant lors de la réservation.

Si vous voyagez avec votre enfant de moins de 12 ans :

➡ Le trajet sera gratuit pour lui. Vous devez préciser sa date de naissance lors de la réservation et vous munir d'un rehausseur.

ATTENTION : les conducteurs ne sont pas habilités à attacher les sièges bébé à bord des véhicules.

Si vous êtes mal ou non voyant :

➡ Vous pouvez être accompagné gratuitement de votre chien guide.

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

Le règlement doit avoir lieu avant le 20 du mois suivant.

Les factures seront adressées :

- Aux nom et adresse de la personne adhérente à nos services
- Aux nom et adresse du responsable légal
- Autre (dans ce cas veuillez préciser le nom et l'adresse) :

Nous vous proposons de régler vos voyages en créditant votre Compte Mobilité par différents moyens :

- Chèque bancaire : NE PAS OUBLIER de préciser le nom de l'utilisateur au dos du chèque
- Chèque taxi
- Espèce
- Prélèvement bancaire automatique : merci de nous envoyer un RIB

⇒ ***Un mandat de prélèvement vous sera retourné dans un deuxième temps, il vous faudra : vérifier les données, signer et nous renvoyer le document.***

¹ facultatif

² facultatif

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Obligatoirement :

- Photocopie d'une pièce d'identité (recto-verso)
- Photocopie d'un justificatif de domicile (datant de moins de trois mois)
- Justificatif du handicap, selon le cas :

SI VOUS ETES :	JUSTIFICATIF OBLIGATOIRE A FOURNIR
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une carte d'invalidité à 80% ou plus délivrée par la MDPH	➡ Copie de la carte (recto-verso) ou de la notification MDPH d'attribution du taux d'incapacité à 80% ou plus
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)	➡ Copie de la notification d'attribution délivrée par le Conseil Départemental de l'Essonne
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une carte de Stationnement pour personnes handicapées délivrée par le Ministère de la Défense	➡ Copie de la carte (recto-verso) ou de la notification d'attribution

ÉTAPE FINALE

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
3 Rue Gévaudan
91 090 LISSES**

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.

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

*prix d'un appel local ¹Facultatif

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

Un transport régulier se reproduit toutes les semaines, les mêmes jours, à la même heure sur une durée supérieure à 2 mois. Ne pas remplir pour un transport occasionnel.

NOM : Prénom : Date de la demande :

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

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 le prix de la course ainsi qu'une pénalité correspondant au tarif d'un trajet en zone 1.**

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

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

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

*prix d'un appel local ¹Facultatif

- son nom / prénom:.....
- lien de parenté :..... Téléphone :/...../...../...../.....

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Cette décharge concerne les adhérents en situation de déficience intellectuelle ou psychique. Nous attirons votre attention sur l'importance de ce document qui relève d'une procédure responsable.

Nom et prénom de l'adhérent(e) au service :

Autorisez-vous l'adhérent(e) à se rendre du véhicule à son lieu de destination sans être accompagné du conducteur ?

Exemple : le conducteur dépose l'adhérent(e) sur son lieu de travail devant le site, l'adhérent(e) se rend seul(e) jusqu'à son bureau.

Autre exemple : le conducteur dépose l'adhérent(e) à son domicile au pied de l'immeuble, l'adhérent(e) se rend seul(e) jusqu'à l'appartement.

OUI j'autorise

Dans ce cas, vous autorisez à laisser l'adhérent(e) seul(e) au pied du véhicule et la société FlexCité 91 ne sera donc pas responsable en cas d'éventuel problème.

NON je n'autorise pas

Dans ce cas, la présence d'une tierce personne est obligatoire à la dépose de l'adhérent(e). Son absence répétée pourrait entraîner la suspension des transports.

Commentaires :

Je soussigné(e)..... assure prendre en compte les modalités de cette décharge.

Fait à :, Le :

SIGNATURE OBLIGATOIRE :