

Pam

91

OCTOBRE 2022

Dossier d'inscription

Bonjour,

Afin de bénéficier du service PAM 91, il est nécessaire remplir intégralement ce dossier d'inscription.

Les étapes de l'inscription

ETAPE 1

Consulter le livret d'accueil et règlement PAM 91 pour en connaître le fonctionnement et choisir les options adaptées aux besoins du bénéficiaire.

ETAPE 2

Renseigner ce dossier de la page 3 à 15 incluses. En fonction des options choisies, remplir les annexes 1 à 5.

ETAPE 3

Vérifier que le dossier est complet (liste des pièces justificatives page 3).

ETAPE 4

Transmettre ce dossier au service clients PAM 91 par email, courrier postal, ou à l'agence :

- contact@pam91.iledefrance-mobilites.fr
- Service clients Pam91 - 3 rue du Gévaudan, 91 090 Lisses

ETAPE 5

La durée de traitement du dossier est de 10 jours calendaires maximum.

Si votre dossier d'inscription est incomplet, il vous sera retourné.

Une fois inscrit, vous recevrez un courrier ou un mail avec toutes les informations nécessaires.

Besoin d'aide ou d'informations complémentaires ?

Pour bénéficier d'une aide pour remplir ce dossier d'inscription ou pour poser une question, merci de contacter le service clients PAM 91 :

01 60 87 85 80 ou au 0810 10 11 91 (0,05 d'euros la minute, plus prix d'un appel local)

Nous vous remercions de joindre à votre dossier les pièces nécessaires selon votre situation (annexes à joindre sans les découper).

Une photocopie recto-verso de l'un des documents ci-dessous en cours de validité :

- La **carte d'invalidité justifiant d'une reconnaissance à 80%** ou la **carte mobilité inclusion mention « invalidité »**.
 - ou la **carte de stationnement pour personnes handicapées** du Ministère des Armées.
 - ou la **notification de la carte APA** mentionnant le niveau de GIR.
- Une photocopie du **justificatif de domicile de moins de 1 an** : quittance de loyer, facture de téléphone fixe, avis d'imposition, attestations d'assurance, factures d'énergies (eau, électricité, gaz). Si vous résidez chez une tierce personne ou dans une institution, veuillez joindre une attestation d'hébergement, un justificatif de domicile et la pièce d'identité de la personne vous hébergeant.
 - Une **photocopie recto-verso de la pièce d'identité** (carte d'identité, passeport, carte de séjour etc.).
 - Si vous êtes placé sous tutelle/curatelle, seul ce dernier peut remplir et signer le dossier. Merci de joindre la copie du jugement et CNI du tuteur/curateur.
 - Si vous êtes mineur, seul le responsable légal peut remplir et signer le dossier. Merci de joindre la photocopie de la CNI du responsable légal.

Si vous avez **besoin d'être accompagné d'un tiers durant vos transports du fait de votre pathologie**.

- **L'annexe 1 « Certificat médical »** complétée par un médecin. L'annexe n'est pas demandée pour les personnes de moins de 8 ans et

pour les personnes ayant la mention « besoin d'accompagnement » sur leur carte d'invalidité.

- Si votre demande concerne des transports réguliers**, c'est-à-dire aux mêmes adresses à jours et à heures fixes :
 - **L'annexe 2 « Demande de transports réguliers ».**

- Pour souscrire au paiement par prélèvement automatique :**
 - **L'annexe 3 « Autorisation de prélèvement automatique »** complétée.
 - **Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)**

- Si le paiement des transports est assuré par un tiers :**
 - **L'annexe 4 « Prise en charge par un tiers des prestations PAM 91 »** et éventuellement **l'annexe 4 bis** complétée(s).

- Si le bénéficiaire présente une déficience cognitive, intellectuelle et/ou psychique :**
 - **L'annexe 5 « Décharge de responsabilité »** complétée et signée.

1. Conditions d'accès au service PAM 91

Pour bénéficier du service Pam 91 vous devez répondre à l'une des conditions ci-dessous.

Cocher la ou les cases correspondantes à votre situation :

- Être titulaire d'une carte mobilité inclusion avec la mention « invalidité » ou d'une carte d'invalidité délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées dont le taux est supérieur ou égal à 80%.

- Cette carte comporte la mention « Besoin d'accompagnement » ou « Besoin d'accompagnement cécité ».

Oui Non

Résider en Ile-de-France et être titulaire d'une carte de stationnement pour personnes handicapées du Ministère des Armées.

Résider dans le département de l'Essonne et être titulaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), relevant des catégories GIR 1 à 4.
Attention : le degré d'autonomie doit impérativement figurer sur la pièce justificative.

2. Coordonnées

Avez-vous déjà utilisé le service Pam 91 ?

Non Oui

Si oui, merci d'indiquer votre numéro Pam :

Vos Informations : Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Complément :

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Portable :

Adresse email :

Etes-vous hébergé(e) chez un tiers :

Oui Non

Prénom de l'hébergeur : Nom :

Portable :

Adresse email :

Le bénéficiaire dépend-il d'un responsable légal :

Non Oui*, curateur/tuteur Oui*, ses parents

*Le responsable légal, sera le signataire de ce dossier

Si curateur/tuteur, Nom de l'organisme :

Nom du responsable légal :

Prénom :

Portable du responsable légal :

Adresse email du responsable légal :

Pour les bénéficiaires mineurs, la date, le lieu et le nom de naissance du représentant légal :

Votre adresse de facturation (si différente de votre adresse de domicile) :

C'est à cette adresse que seront envoyées les factures Pam 91.

Les factures seront adressées :

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

Nom : Prénom :

Adresse :

Complément :

Code postal : Ville :

Personne à joindre en cas d'urgence ?

Nom : Prénom :

Lien avec le bénéficiaire :

Adresse :

Complément :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse email :

3. Vous connaître pour mieux vous accompagner

Les informations ci-dessous, permettent au service Pam 91 d'adapter votre prise en charge. Une fois inscrit, nous vous remercions de nous tenir informés de toute évolution concernant vos besoins de transport.

Cocher la ou les cases correspondantes à votre situation :

Types de difficultés	Légère	Moyenne	Totale	Commentaires/ Précisions
Difficulté auditive				
Difficulté du langage et de la communication				
Difficulté intellectuelle ou psychique				
Difficulté à la marche				
Difficulté d'orientation				
Perte de mémoire				
Difficulté visuelle				

Difficultés motrices : précisez les aides à mobilité utilisées (cocher la case) :

	Déambulateur/ rollator	Canne	Fauteuil roulant non- transférable	Fauteuil pliable (le bénéficiaire peut se transférer seul)	Fauteuil roulant électrique
Oui				Le bénéficiaire peut effectuer le transport sur un siège du véhicule.	
Non					

Bénéficiez-vous d'un dispositif respiratoire ? Oui Non

Modalités de prise en charge du bénéficiaire	Oui	Non
L'utilisateur peut être laissé seul sur la voie publique à la dépose ?		
L'utilisateur a-t-il tendance à détacher sa ceinture de sécurité durant un transport ?		
L'utilisateur peut utiliser un taxi ou autre sous-traitant non aménagé de rampe		
Lors d'un transport, l'utilisateur peut-il rester seul à bord d'un véhicule ? cette situation pourrait se produire si l'utilisateur voyage avec d'autres usagers ayant besoin d'un accompagnement au-delà du véhicule.		

Le service Pam 91 ne transporte que les aides à la mobilité homologuées pour le transport et répondant donc à la norme ISO 7176-19.

Ainsi leur attache au sein des véhicules est garantie, même en cas de freinage brusque, et l'usage du scooter en tant que siège est sécurisé.

Il est demandé à l'ensemble des usagers susceptibles de voyager avec des aides à la mobilité (roue amovible type batec, poussette, scooter...), d'envoyer au service client PAM 91 la documentation officielle du fabricant justifiant de la norme pré-citée. A défaut, le transport de ces aides ne pourra être réalisé.

L'exploitant se dégage de toute responsabilité en cas de détérioration d'un appareil non homologué pour le transport. Pour savoir si votre fauteuil roulant est homologué selon la norme ISO 7176-19 veuillez-vous référer aux fiches techniques de votre fauteuil ou renseignez-vous sur le site internet du constructeur.

Souhaitez-vous, nous partager d'autres difficultés ou besoins ?

4. Vos adresses fréquentes

Nous vous invitons à nous communiquer les adresses où vous vous rendez fréquemment (hors domicile) afin de les enregistrer sur votre fiche client.

Pour chacune des adresses, merci de donner un intitulé au lieu : entreprise, bibliothèque, gymnase etc.

Intitulé de l'adresse 1 :

Numéro, voie :

Complément :

Code postal : Ville :

Intitulé de l'adresse 2 :

Numéro, voie :

Complément :

Code postal : Ville :

Intitulé de l'adresse 3 :

Numéro, voie :

Complément :

Code postal : Ville :

Intitulé de l'adresse 4 :

Numéro, voie :

Complément :

Code postal : Ville :

5. Besoin d'un accompagnateur ?

Les conducteurs et conductrices Pam 91 vous aident à monter et descendre du véhicule ainsi qu'à vous y installer. Ils peuvent également, sur la voie publique, vous aider à vous rendre jusqu'au véhicule ou à en repartir.

Pour toutes demandes particulières, nous vous remercions de prendre contact avec le service clients Pam 91.

Pendant le transport, le conducteur/trice n'est pas en mesure de vous assister.

Cocher la case correspondant à votre situation :

Cas 1 : vous avez systématiquement besoin d'être accompagné lors des transports.

Si vous ne disposez pas de la mention « Besoin d'accompagnement » sur votre carte d'invalidité, il est indispensable de remplir l'annexe 1 « Certificat médical » pour bénéficier de l'accompagnement gratuit. Un accompagnateur devra être présent durant chaque transport sans exception. En cas d'absence de l'accompagnateur, le transport ne sera pas réalisé et une pénalité sera due.

Cas 2 : le bénéficiaire est âgé de moins de 10 ans.

Dans ce cas, l'enfant devra systématiquement être accompagné par une personne majeure pendant toute la durée de ses transports.

Dans les cas 1 et 2 :

- L'accompagnateur obligatoire est transporté gratuitement.
- L'accompagnateur est au choix du bénéficiaire. Il doit être majeur, autonome durant le transport pour s'attacher et capable d'assister le bénéficiaire par sa connaissance du handicap.
- Le bénéficiaire peut être accompagné d'une deuxième personne dont le transport est payant.

Le bénéficiaire est autonome lors de ses transports et n'a pas besoin d'accompagnateur.

Le bénéficiaire peut bénéficier occasionnellement d'un accompagnateur payant s'il le souhaite, sous réserve de ne pas pénaliser d'autres usagers. Sa présence doit être mentionnée lors de la réservation. Son transport est payant.

Un seul accompagnateur est accepté.

6. Paiement par prélèvement automatique

La facture est envoyée au début du mois suivant les transports (par exemple : au début du mois d'avril, vous recevrez le montant à régler pour les transports réalisés au mois de mars).

Le règlement doit avoir lieu dans les 30 jours qui suivent la génération de la facture.

Le service Pam 91 est financé à parts égales par Ile-de-France Mobilités, la Région Île-de-France et Département de l'Essonne. Une participation financière est laissée à la charge du bénéficiaire ou de son représentant. Afin de la régler, le **prélèvement automatique** est le moyen privilégié :

- **Pratique** : une seule démarche à effectuer. Joindre à ce dossier la demande d'autorisation de prélèvement automatique complétée (annexe 3), ainsi qu'un RIB.
- **Facile** : chaque mois, un seul prélèvement est réalisé sur votre compte ou celui de votre représentant. Il correspond au montant des courses effectuées le mois passé.
- **Rassurant** : avant le prélèvement, vous ou votre représentant reçoit une facture contenant le détail de chaque transport et mentionnant la date de paiement.
- **Cocher cette case pour souscrire au prélèvement automatique :**
- **J'opte pour le prélèvement automatique.**
 - Si oui, joindre à ce dossier **l'annexe 3** complétée ainsi qu'**un RIB**.
- D'autres solutions de paiement existent : par carte bancaire sur **www.pam91.iledefrance-mobilites.fr**, par virement, par chèque, en espèces (l'appoint uniquement) ou via la carte taxi. Les paiements en

espèces doivent être effectués auprès du service comptable PAM 91, du lundi au vendredi de 10h00 à 13h00 et de 14h00 à 17h00 au 3, rue du Gévaudan 91 090 Lisses.

- Tout ou partie de vos transports peuvent être payés par un tiers (employeur, association...).

Je souhaite être l'unique payeur de mes transports.

Je souhaite qu'un tiers paie tout ou partie de mes transports. Merci de nous retourner les annexes 4 et 4 bis.

7. Choix du service d'information voyageur Pam

PAM 91 vous propose un service d'information voyageur. En fonction de vos souhaits, vous recevrez par sms ou email :

- un message de confirmation 3 jours avant le transport.
- un message de rappel la veille.
- un message 10 minutes avant l'arrivée de votre véhicule et en cas de retard.

Si la sélection ci-dessous ne vous convient, merci de cocher la case correspondante au média souhaité pour chaque information.

Description du message	Choix du média préféré
Confirmation de chaque réservation ou annulation de transport	<input checked="" type="checkbox"/> Par email <input type="checkbox"/> Par SMS
Rappel du transport la veille du transport	<input type="checkbox"/> Par email <input checked="" type="checkbox"/> Par SMS

Alerte à l'approche et en cas de retard du véhicule

- Par email Par SMS
 Par message vocal

Si vous souhaitez qu'une tierce personne reçoive ces messages à votre place, merci de renseigner les informations ci-dessous :

Nom du destinataire : Prénom :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse email :

8. Conditions d'utilisation du service PAM91

Conformément à la loi Informatique et Libertés le bénéficiaire ou son représentant légal :

- déclare accepter que les informations transmises fassent l'objet d'un traitement interne.
- pourra, à tout moment avoir accès à ces informations et demander leur modification, rectification ou suppression, auprès de Keolis Mobilité Essonne, exploitant du réseau Pam 91.

Le bénéficiaire ou son représentant légal reconnaît avoir pris connaissance des règles et conditions générales présentées dans le Livret d'accueil et Règlement et s'engage à les respecter.

Le bénéficiaire ou son représentant légal s'engage à communiquer au service Pam 91 toute modification éventuelle de son adresse de domicile, de facturation, d'employeur, d'évolution en termes de besoin de prise en charge etc.

Le bénéficiaire ou son représentant atteste sur l'honneur que les renseignements portés dans ce dossier et les annexes sont exacts.

Fait à :


Le :

Par le bénéficiaire Par le responsable légal Par le tuteur

Par le curateur

Nom et prénom du signataire :

Signature avec mention « lu et approuvé » :

 Toutes les pages de ce dossier sont à parapher.

Partie Annexes :

Les annexes correspondantes à votre situation, doivent être intégralement remplies afin que le dossier d'inscription soit valide.

Annexe 1 : Certificat médical pour bénéficiaire de l'accompagnement obligatoire

Attention : Vous n'avez pas besoin de remplir cette annexe 1, si la mention "Besoin d'accompagnement" figure sur votre carte d'invalidité.

Important : Ce certificat implique de voyager systématiquement et pendant tout le voyage avec un accompagnateur. En l'absence de l'accompagnateur, le service Pam 91 refusera d'assurer le transport par mesure de sécurité et une pénalité sera appliquée. L'accompagnateur doit être majeur, autonome et apte à assister le bénéficiaire. Il est choisi par le bénéficiaire et est transporté gratuitement. La gratuité s'applique à un seul accompagnateur par trajet. Si les besoins en termes de prise en charge évoluent, il sera nécessaire de prendre contact avec le service clients Pam 91.

Coordonnées du bénéficiaire :

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Numéro de client Pam si connu :

Date de Naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

L'accompagnement par une tierce personne doit être obligatoire à chaque transport :

Oui Non

Précisions :

Le présent certificat a été établi par le Docteur :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de téléphone :

Fait à : Le :

Cachet :

Signature :

Annexe 2 : Demande de transports réguliers

1/4

Un transport régulier se reproduit pendant au moins 4 semaines, au moins 2 fois par semaine aux mêmes horaires.

Si votre besoin de transport ne correspond pas à cette description, merci de ne pas remplir cette annexe. Vos transports devront être réservés auprès du service client ou depuis votre espace personnel en ligne.

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Numéro de client Pam 91 si connu :

Demeurant :

Code postal : Ville :

Demande à bénéficier de transports réguliers pour le motif de déplacement suivant :

Travail Centre Santé Loisirs

Démarches personnelles

Adresse 1 :

Intitulé de l'adresse (domicile, entreprise, centre) :

Numéro, voie :

Complément :

Code postal : Ville :

Repérage des lieux (en face de ; à côté de...) :

ANNEXE 2 : DEMANDE DE TRANSPORTS REGULIERS

P.2/4

Adresse 2 :

Intitulé de l'adresse (domicile, entreprise, centre) :

Numéro, voie :

Complément :

Code postal :

Ville :

Repérage des lieux (en face de ; à côté de...) :

ANNEXE 2 : DEMANDE DE TRANSPORT REGULIERS

P.3/4

Seul un horaire peut être demandé : soit l'heure de départ, soit l'heure d'arrivée. Afin de favoriser la ponctualité de vos transports, si l'heure d'arrivée est pour vous prioritaire, nous vous conseillons d'inscrire celle-ci lors de votre demande et de ne pas calculer vous-même l'heure de départ.

	Cochez l'adresse à laquelle PAM 91 doit vous prendre en charge	Choisissez vos horaires* (Choisir une heure de départ ou une heure d'arrivée)	Horaires de votre activité (exemple : horaires d'ouverture du centre)
Lundi	Aller <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Début :
	Retour <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Fin :
Mardi	Aller <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Début :
	Retour <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Fin :
Mercredi	Aller <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Début :
	Retour <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Fin :
Judi	Aller <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Début :
	Retour <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Fin :
Vendredi	Aller <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Début :
	Retour <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Fin :
Samedi	Aller <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Début :
	Retour <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Fin :
Dimanche	Aller <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Début :
	Retour <input type="checkbox"/> Adresse 1 <input type="checkbox"/> Adresse 2	Horaire de départ : Horaire d'arrivée :	Fin :

Date souhaitée de début des transports réguliers : _____ inclus.

Fait à : _____ Le : _____

ANNEXE 2 : DEMANDE DE TRANSPORT REGULIERS

P.4/4

IMPORTANT

- Le temps de traitement de la demande de transports réguliers est de 15 jours ouvrés. En cas d'indisponibilité, une nouvelle proposition d'horaires vous sera faite.

Que faire si le premier transport doit débiter avant la mise en place des transports réguliers ?

- Contacter le service client par email ou par téléphone afin de réserver les transports souhaités. La réservation occasionnelle de chacun des transports sera nécessaire le temps que les transports réguliers soient mis en place de façon automatique.
- Les **modifications ou suspensions** (par exemple en raison de congés) doivent être adressées au service des transports réguliers au minimum **15 jours à l'avance** par email à contact@pam91.iledefrance-mobilites.fr ou par courrier à PAM 91 - 3, rue du Gévaudan 91 090 Lisses.
- **Les transports réguliers sont systématiquement suspendus 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.
- **Il existe 2 pénalités :**
 - **La pénalité "P1" :** si le voyageur annule ou souhaite faire une modification (accompagnateur, horaire, adresse...) sur son transport moins de 24 heures avant, il doit payer le transport et celui de son accompagnateur.
 - **La pénalité "P2" :** si le voyageur est absent, s'il est très en retard ou s'il annule le transport moins de 30 minutes avant l'heure convenue, il doit payer le prix du transport, pour lui et son accompagnateur ainsi qu'une majoration de 5€

Annexe 3 : Autorisation de prélèvement automatique

Pour souscrire au prélèvement automatique, merci de nous transmettre cette annexe ainsi qu'un relevé d'identité bancaire complet (RIB, BIC et IBAN).

Un courrier vous informera de la mise en place du prélèvement automatique.

Autorisation de prélèvement : Je soussigné(e), Nom : [REDACTED]

Prénom : [REDACTED] N° du bénéficiaire PAM si connu : [REDACTED]

Autorise l'établissement bancaire : [REDACTED]

Adresse : [REDACTED]

Code postal : [REDACTED] Ville : [REDACTED]

teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements relatifs aux sommes dues au service PAM 91 pour l'utilisation du Service de transport. 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 Service PAM 91.

N° ICS : FR60ZZZ88B380

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
[REDACTED]	Keolis Mobilité Essonne 3, rue du Gévaudan 91 090 Lisses

Désignation du titulaire du compte à débiter				Désignation, nom et adresse de l'établissement teneur du compte
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB	

Fait à : [REDACTED]

Le : [REDACTED]

Signature

Annexe 4 : Prise en charge financière par un tiers des prestations PAM 91

Cette annexe a pour objet de conclure entre le service Pam 91 et le tiers du bénéficiaire, un engagement concernant le paiement des prestations effectuées avec le service Pam 91.

Les engagements du tiers payeur (à remplir par le tiers payeur) :

Pour les tiers, personne physique :

Par la présente, le soussigné(e) (Nom Prénom) :

Agissant en qualité de :

Demeurant au :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

OU pour les tiers, personne morale :

Le soussigné(e) (Nom, Prénom) :

Agissant au nom de la société :

Agissant en qualité de :

Dont le siège social est situé :

Numéro de SIRET :

Dénomination Kbis de l'entreprise :

Contact facturation :

Adresse où adresser les factures :

N° de téléphone du contact :

Adresse mail du contact :

Le tiers s'engage à prendre en charge le règlement des déplacements et des pénalités PAM 91 pour le compte du bénéficiaire :

- Sous un délai de 30 jours après l'envoi des factures.
- Les pénalités associées aux trajets sont obligatoirement prises en charge par le tiers.
- Pour le(s) motif(s) de déplacements suivant(s) (à cocher) :
 Travail Centre Santé Loisirs
 Démarches personnelles Tous
- Sans limite de fréquence et d'adresse
- Ou uniquement pour certains trajets d'après les modalités suivantes:
- Jusqu'au (jj/mm/aaaa) :

Le tiers s'engage également à :

- Prévenir le service PAM 91 si le bénéficiaire ne fait plus partie de ses effectifs.
- Renouveler cette annexe 6 mois avant son échéance.

Cet engagement expirera de plein droit lors de la rupture du contrat du bénéficiaire avec le service PAM 91.

Le tiers souhaite-t-il le dépôt des factures sur le portail Chorus Pro :

Oui Non

Si oui, merci de préciser :

- Le numéro d'engagement :

- Le numéro de commande :

- Le code service :

Les engagements de Pam 91

Le service Pam 91 s'engage à réaliser, après acceptation des parties, l'ensemble des prestations demandées par le bénéficiaire ainsi que le tiers d'après les modalités ci-dessus.

Les parties s'engagent à travers la transmission des informations ci-dessus.

Si vous optez pour le prélèvement automatique, merci de remplir l'annexe 4bis.

Fait à :

Le :

Cachet :

Signature :

Annexe 4 bis : prise en charge par un tiers des prestations PAM 91 – par prélèvement

Autorisation de prélèvement

Je soussigné(e), Nom : Prénom :

Agissant en qualité de :

Agissant au nom de la société :

dont le siège social est situé :

SIRET :

Référence de l'engagement/commande :

Autorise l'établissement bancaire :

Adresse :

teneur du compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements relatifs aux sommes dues au service PAM 91 pour l'utilisation du Service de transport. 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 service PAM 91.

N° ICS : FR60ZZZ88B380

Désignation du titulaire du compte à débiter	Désignation du créancier
<input type="text"/>	Keolis Mobilité Essonne 3, rue du Gévaudan 91 090 Lisses

Désignation du titulaire du compte à débiter				Désignation, nom et adresse de l'établissement teneur du compte
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB	

Joindre impérativement un relevé d'identité bancaire complet (RIB, BIC et IBAN)

Le présent engagement vaut jusqu'à la date du ___/___/_____. Il peut être dénoncé à tout moment par lettre recommandée RAR avec un préavis de deux mois, ou sans délai à compter de la date d'application d'un arrêté modifiant les conditions d'accès ou les tarifs applicables aux usagers du Service Pam 91.

Fait à :

Le :

Cachet :

Signature :

Annexe 5 : Décharge de responsabilité

Cette décharge concerne les usagers 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 du bénéficiaire au service Pam 91 :

Autorisez-vous le bénéficiaire à se rendre du véhicule à son lieu de destination sans être accompagné du conducteur (H/F) ?

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

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

Oui, j'autorise et comprends que dans ce cas le bénéficiaire sera laissé seul à l'adresse de dépose convenue, au pied du véhicule.

Non, je n'autorise pas. Dans ce cas, la présence d'une tierce personne est obligatoire à la dépose de l'usager. Son absence répétée pourrait entraîner la suspension des transports.

Commentaires :

Je soussigné(e)

assure avoir compris le contenu de cette décharge et l'impact sur les modalités de transport et d'accompagnement du bénéficiaire.

Fait à :

Le :

Signature :

Pam 91

PAM 91

3 rue du Gévaudan
91 090 Lisses

Mail : contact@pam91.iledefrance-mobilites.fr

Tél. : 01 60 87 85 80 ou 0810 10 11 91

(0,05 d'euros la minute, plus prix d'un
appel local)

www.pam91.iledefrance-mobilites.fr