

INFORMATIONS GENERALES

Numéro de client Pass Navigo :

(votre Passe Navigo est valable 10 ans à compter de sa création)

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Sexe :

Masculin

Féminin

Adresse :

Téléphone portable :

Adresse email :

(pour suivre votre demande par SMS)

Téléphone fixe :

Nom et adresse du représentant légal (si tuteur ou curateur) :

Cachet du Centre Communal d'Action Sociale (facultatif)

Date :

Cachet de l'association tutélaire (si tutelle ou curatelle personne morale)

CHOIX DES ZONES DE DEPLACEMENT

Si vous ne cochez pas l'une des cases ci-dessous, votre demande vous sera retournée.

LE CHOIX DES ZONES N'EST PAS MODIFIABLE EN COURS D'ANNEE .

Zones 1 – 5 (48 €)

Toute la région Ile-de-France

Zones 2 – 5 (32 €)

Toute la région Ile-de-France sauf PARIS

Zones 3 – 5 (26 €)

Toute la région Ile-de-France sauf PARIS et communes limitrophes à PARIS

PAIEMENT DE LA PARTICIPATION

Pour payer ma participation par prélèvement automatique annuel : je remplis le mandat de prélèvement en page 3 et transmets un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)- *Ne pas fournir RIB d'un livret A.*

NE JAMAIS TRANSMETTRE DE CHEQUE AVEC VOTRE DEMANDE

DECLARATION SUR L'HONNEUR

« Je déclare sur l'honneur avoir pris connaissance des conditions d'attribution du forfait Améthyste telles que définies dans le Règlement Départemental d'Aide Sociale en vigueur à la date de ma demande (consultable sur le site internet du Département : www.seine-saint-denis.fr) ».

Toute fausse déclaration risque d'être punie d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement (article 441-1 du Code Pénal)

Date :

Signature du demandeur **OBLIGATOIRE** :

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR
(en cas de pièce manquante, votre demande ne sera pas instruite et vous sera retournée)

PIECES COMMUNES A TOUTES LES SITUATIONS

- Copie de votre Passe Navigo compatible avec le forfait Améthyste
- Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport de l'Union Européenne, titre de séjour en cours de validité ou récépissé de la demande de renouvellement)
- Copie du dernier avis de non imposition sur le revenu (hormis pour les anciens combattants et veuves de guerre)
- Copie d'un justificatif de domicile (quittance de loyer, EDF) ou déclaration d'hébergement établie par l'hébergeant précisant la date d'arrivée exacte en Seine-Saint-Denis accompagnée d'une copie de la pièce d'identité de l'hébergeant.

PIECE SI TUTELLE OU CURATELLE

- Copie de l'ordonnance de jugement de tutelle ou curatelle

PIECES POUR LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

- Mandat de prélèvement (en page 3)
- Relevé d'identité bancaire (RIB) hormis livret A

PIECES POUR LES PERSONNES AGEES DE 60 ANS ET PLUS (vous devez joindre obligatoirement au moins l'une de ces trois pièces à votre dossier)

- Justificatif de pension de retraite ou de qualité de retraité(e)
ou
 - Justificatif d'allocations chômage, RSA (Revenu de Solidarité Active), ASS (Allocation de Solidarité Spécifique)
ou
 - Déclaration sur l'honneur certifiant ne plus exercer d'activité professionnelle ou n'avoir jamais exercé une activité professionnelle
- De plus, si vous bénéficiez de la CMUC-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) :
copie de l'attestation CMU-C

PIECES POUR LES ANCIENS COMBATTANTS OU VEUVES DE GUERRE DE 65 ANS ET PLUS

- Pour les anciens combattants : copie de la carte de combattant émanant de l'ONAC (Office National des Anciens Combattants)
- Pour les veuves de guerre : copie de l'extrait du brevet de pension de veuve de guerre

PIECES POUR LES PERSONNES AGEES DE MOINS DE 60 ANS

• Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente pour accident du travail ou pour maladie professionnelle :

- 1) Copie de la notification de décision du versement de la pension d'invalidité versée par le régime de protection sociale du demandeur (sécurité sociale ou régime particulier)
 - 2) Copie de la notification attestant le taux d'incapacité au travail
- Talon de paiement de la pension ou rente

• Titulaires d'une allocation adulte handicapé (AAH) :

- Justificatif récent du versement de l'AAH émanant de la Caisse d'Allocations Familiales
- si travailleur handicapé : trois derniers bulletins de salaire délivrés par l'employeur ou le Directeur de l'ESAT

PIECES A FOURNIR SI BENEFICE DE L'ALLOCATION CHEQUE TAXI L'ANNEE PRECEDENTE

- Justificatifs des reçus concernant les courses effectuées en taxi ou par PAM 93 ou en services adaptés, à hauteur de 182,94 €

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : A remplir par le Département

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le Département de la Seine-Saint-Denis à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Département de la Seine-Saint-Denis.

En cas de contestation du prélèvement, vous pouvez être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 49 ZZZ 400611

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	Nom : Département Seine-Saint-Denis Adresse : Hôtel du département - DPAPH Code postal : 93 006 Ville : Bobigny Pays : France
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

										()
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------

DATE :

SIGNATURE :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME) :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE *(au format IBAN BIC)*

Un prélèvement automatique est impossible sur un livret A

Conditions générales du prélèvement automatique

Les bénéficiaires de la prestation « forfait Améthyste » délivrée par le Conseil général de la Seine-Saint-Denis sont redevables d'une participation financière, dont le règlement peut s'effectuer par un prélèvement automatique annuel unique, selon les modalités décrites ci-après.

1. Avis d'échéance

Si le forfait Améthyste est accordé au demandeur, le bénéficiaire reçoit en pièce jointe de la notification d'attribution un avis d'échéance indiquant le montant, la date du prélèvement annuel à effectuer sur le compte bancaire indiqué dans le mandat de prélèvement ci-dessus. Il comportera également les informations suivantes : le N° RUM (Référence Unique du Mandat) et la date de signature de votre mandat, utiles en cas de recours.

2. Montant du prélèvement

Le montant du prélèvement annuel unique, c'est-à-dire effectué une seule fois pour l'année où le droit a été accordé, correspond au montant de la participation financière du bénéficiaire du forfait Améthyste tel que défini dans le Règlement Départemental d'Aide Sociale.

3. Compte bancaire à utiliser

Le prélèvement automatique doit être réalisé sur un compte courant. Il n'est pas possible de prélever sur un compte épargne ou un livret A. Toutefois, le prélèvement automatique peut être réalisé sur un compte courant autre que le vôtre. Il suffit que la personne propriétaire du compte remplisse et signe le mandat de prélèvement.

4. Échéance impayée

Si le prélèvement annuel, sur le compte désigné sur le mandat de prélèvement fourni par le redevable, ne peut pas être honoré, celui-ci ne sera pas présenté à nouveau.

L'échéance impayée devra être régularisée par le redevable directement auprès du Trésor public, après réception de l'avis des sommes à payer qui lui aura été adressé.

5. Renouvellement du mandat de prélèvement

Le redevable fournit à l'appui de chaque demande de renouvellement de son forfait Améthyste un nouveau mandat de prélèvement dûment complété et signé, accompagné d'un nouveau Relevé d'Identité Bancaire (RIB), désignant le compte sur lequel le prélèvement annuel doit être effectué.

6. Renseignements, réclamations, difficultés de paiement, recours

Tout renseignement concernant le montant de la participation financière des bénéficiaires et les modalités de son règlement ou tout recours gracieux sont à adresser à Monsieur le Président du Conseil départemental, Hôtel du Département, DPAPH, SPA, 93006 BOBIGNY Cedex.

CNIL - Commission Nationale Informatique et Liberté.

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la Loi "Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuelles. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies des informations nominatives, sont informées :

1 - Toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier.

2 - Les destinataires des informations collectées sont exclusivement les administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement.

3 - En tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès et de rectification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement. Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser, selon la prestation dont vous bénéficiez en justifiant de votre identité, à : Monsieur le Président du Conseil général, Hôtel du Département, 93006 Bobigny Cedex.