

## DEMANDE D'ATTRIBUTION Pass Paris Access' Jeunes

Ce formulaire est à retourner, complété, daté et signé accompagné de la photocopie **des pièces justificatives suivantes** pour le jeune en situation de handicap pour lequel l'aide est sollicitée :

- si vous percevez l'Allocation de Soutien aux Parents d'Enfant Handicapé du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris : **la carte Navigo**.
- si vous ne percevez pas l'Allocation de Soutien aux Parents d'Enfant Handicapé du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris : **la pièce d'identité, la carte Navigo et la notification de la MDPH**.

La demande doit être faite soit par :

- le jeune majeur
- son parent ou son représentant légal pour un mineur.

**Je suis informé·e que toute déclaration frauduleuse, inexacte, incomplète de ma part dans la constitution de mon dossier est passible d'amende ou d'emprisonnement au titre du nouveau Code pénal.**

N° de Foyer : \_\_\_\_\_

Je soussigné·e :

Nom naissance .....  
 Nom d'usage .....  
 Prénom(s) .....  
 Né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 Lieu de naissance Ville:..... Pays:.....

Nationalité  Française  Union Européenne  
 Autres hors Union Européenne, précisez la date de fin de validité de votre titre de séjour : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Déclare sur l'honneur avoir établi mon domicile et résider de façon principale et effective à l'adresse suivante :**

N° et nom de rue .....  
 Compléments d'adresse .....  
 (Bâtiment, entrée, escalier, N° de boîte aux lettres ou d'appartement...) Code postal .....

Téléphone Fixe \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Portable \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_  
 Adresse électronique .....@.....

N° de sécurité sociale (facultatif)\* .....  
 (Numéro à 15 chiffres situé au recto de la carte vitale)

**Atteste sur l'honneur :**

Pour un jeune majeur : Avoir la carte Imagine R : Oui  Non

Pour un jeune mineur : Nom: .....  
 Prénom: .....  
 Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
 Lieu de naissance: .....  
 Référence dossier MDPH : \_\_\_\_\_

Mon enfant a la carte Imagine R : Oui  Non

**Pour dater et signer votre demande, tournez SVP.**



**Je suis informé·e que :**

- **J'ai deux mois pour fournir les justificatifs nécessaires** à l'étude de ma demande par le CASVP à compter de la date de la réception de celle-ci.  
À défaut, ma demande sera classée sans suite. Il m'appartiendra de déposer une nouvelle demande si je désire toujours obtenir la prestation.

**Mes données personnelles : utilisation et protection**

- Pour permettre l'instruction de ma demande, mes données seront utilisées et exploitées dans un fichier du système d'information du Centre d'action sociale et je l'accepte,
- (\*) Dans le cadre de sa politique de renforcement de l'accès aux droits et de lutte contre le non-recours aux aides, le Centre d'action sociale propose de recueillir mon numéro de sécurité sociale pour étudier mon éligibilité à d'autres aides sociales délivrées par d'autres organismes sociaux et m'en informer. Cette donnée est facultative, je peux choisir de la fournir au Centre d'action sociale ou non. Ce choix n'a aucune incidence sur le traitement de ma demande
- Je peux accéder aux données me concernant, les rectifier ou, à certaines conditions, demander leur effacement. Pour exercer ces droits, je peux m'adresser, par l'intermédiaire de mon référent social ou directement, à Madame la Directrice des Solidarités, 94/96 rue de la Râpée 75012 Paris.

**Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur ce formulaire et des documents joints.  
Je m'engage à signaler immédiatement au Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris tout changement intervenant dans ma situation.**

Paris, le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Votre signature ou celle de votre représentant**

Personne concernée

Représentant (précisez ces noms, prénom et adresse)