



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

Aidants
Connect

PROJET DE MANDAT TRADUIT

Mandat pour réaliser des démarches en ligne avec le service « Aidants Connect »

Attention, nous vous rappelons que ce mandat n'a aucune valeur juridique. Il est traduit à titre indicatif pour l'utilisateur.

Je m'appelle : _____ (je suis le mandant).

J'autorise **BetaGouv** (c'est le mandataire) à réaliser à ma place les démarches administratives suivantes :

- **PAPIERS - CITOYENNETÉ - ÉLECTIONS:** État-civil, Passeport, Élections, Papiers à conserver, Carte d'identité...
- **FAMILLE - SCOLARITÉ:** Allocations familiales, Naissance, Mariage, Pacs, Scolarité...
- **SOCIAL - SANTÉ:** Carte vitale, Chômage, Handicap, RSA, Personnes âgées...
- **TRAVAIL - FORMATION:** CDD, Concours, Retraite, Démission, Période d'essai...
- **LOGEMENT:** Allocations logement, Permis de construire, Logement social, Fin de bail...
- **TRANSPORTS - MOBILITÉ:** Carte grise, Permis de conduire, Contrôle technique, Infractions...
- **ARGENT - IMPÔTS - CONSOMMATION:** Crédit immobilier, Impôts, Consommation, Livret A, Assurance, Surendettement...
- **JUSTICE:** Casier judiciaire, Plainte, Aide juridictionnelle, Saisie...
- **ÉTRANGER - EUROPE:** Titres de séjour, Attestation d'accueil, Regroupement familial...
- **LOISIRS - SPORT - CULTURE:** Animaux, Permis bateau, Tourisme, Permis de chasser...

Cette autorisation est conforme aux articles 1984 et suivants du Code civil. Les démarches seront accomplies sur internet, sur des sites utilisant FranceConnect ou sur d'autres sites. Elles peuvent être aussi accomplies par tous les moyens permis par l'administration (téléphone, papier, email...). Je peux annuler mon autorisation à tout moment. Pour que **BetaGouv** puisse agir à ma place :

"Aidants Connect" تفويض بتنفيذ إجراءات عبر الإنترنت من خلال خدمة

- **إسمي :** إسم العائلة والاسم الأول (**أنا المفوض**) صاحب التوكيل
- **أفوض :** اسم المركز (**الموكل والمفوض إليه**) لتنفيذ الإجراءات الإدارية التالية نيابة عني
- **أوراق الرسمية :** الحالة المدنية ، جواز السفر ، الانتخابات ، الأوراق الواجب الاحتفاظ بها ، بطاقة الهوية ، إلخ
- **الأسرة :** المساعدات العائلية ، المواليد ، الزواج ، الدراسة ، والتعليم
- **المجتمع - الصحة :** بطاقة التأمين الإجتماعي ، البطالة ، كبار السن
- **العمل :** عقد العمل المحدد ، المنافسة ، التقاعد ، الاستقالة ، الفترة التجريبية
- **الإسكان :** مساعدات السكن ، وتصاريح البناء ، والسكن الاجتماعي ، ونهاية عقد الإيجار ، إلخ
- **النقل :** وثيقة تسجيل السيارة ، رخصة القيادة ، الفحص الفني ، المخالفات ، إلخ
- **المال :** الإقتراض العقاري ، الضرائب ، الاستهلاك ، دفتر التوفير ، التأمين ، المديونية الزائدة ، إلخ
- **العدالة :** السجل الجنائي ، الشكاوي المدنية ، المساعدة القانونية ، الحجز على الممتلكات
- **الأجانب :** تصاريح الإقامة ، شهادة الاستقبال ، لم شمل الأسرة ، إلخ

و هذا التفويض مطابق للمادة 1984 وما يتبعها من القانون المدني. سيتم تنفيذ الإجراءات على الإنترنت أو على المواقع التي تستخدم فرانس كونيكيت أو على مواقع أخرى. كما يمكن إنجازها بأي وسيلة تسمح بها الإدارة ، كأستعمال الهاتف ، الورق ، البريد الإلكتروني ، وما إلى ذلك

يمكنني إلغاء الإذن الخاص بي في أي وقت. وحتى يتمكن المركز القيام بالإجراءات نيابة عني

أقر بأن المساعد المفوض من قبل المركز ذكرني بالغرض من تدخله ، وأبلغني بضرورة وفائدة المعلومات التي تم جمعها ؛ أفوض مقدمي الرعاية المخولين من قبل المركز لاستخدام بياناتي الشخصية وفي إطار هذا التفويض. أعلم أن لدي حقوقاً في المعلومات المتعلقة بي ويمكنني الدخول والتصحيح والحذف

يجب على المساعدين المعتمدين حسب اسم المركز تنفيذ الإجراءات المذكورة في هذا المستند بدلاً مني ، بناءً على المعلومات التي قدمتها لهم ؛

- Je reconnais que l'aidant habilité par **BetaGouv** m'a rappelé l'objet de son intervention, et m'a informé sur la nécessité et l'utilité des informations collectées ;
- J'autorise les aidants habilités par **BetaGouv** à utiliser mes données personnelles dans le cadre de ce mandat. Je sais que j'ai des droits sur les informations me concernant : accès, rectification, suppression.

Les aidants habilités par **BetaGouv** doivent :

- effectuer les démarches listées dans ce document à ma place, à partir des informations que je leur ai données ;
- collecter et conserver, utiliser et communiquer seulement les informations nécessaires aux démarches listées dans ce document ou à celles qui s'y rattachent ;
- m'informer et demander mon autorisation avant d'effectuer d'autres démarches que celles listées dans ce document ;
- mettre à jour et supprimer l'ensemble de mes informations personnelles lorsqu'elles ne sont plus utiles ;
- s'interdire de rendre publiques mes informations personnelles ;
- prendre toutes les précautions pour assurer la sécurité de mes informations personnelles.

À partir du moment où un aidant habilité par **BetaGouv** réalise à ma place une des démarches listées dans ce document, il accepte de le faire dans les conditions décrites dans ce document. Mon autorisation est donnée et acceptée

_____ . Elle se termine avant si :

- les démarches décrites ci-dessus sont réalisées ;
- je décide de l'annuler ;
- l'aidant habilité par **BetaGouv** décide de l'annuler ;
- je donne mon autorisation à une autre personne qu'un aidant habilité par **BetaGouv**. Dans ce cas, je dois en informer le plus vite possible **BetaGouv**.

L'aidant habilité par **BetaGouv** doit accomplir à ma place les démarches listées dans ce document tant que le mandat est valable. Il pourra être responsable s'il ne respecte pas les conditions décrites dans ce document (article 1991 du Code civil).

Fait à **20 Avenue de Ségur, 75007 Paris, Paris**, le **lundi 5 février 2024**

جمع المعلومات الضرورية والاحتفاظ بها فقط للإجراءات المدرجة في هذه الوثيقة أو تلك المتعلقة بها ؛
استخدام المعلومات الضرورية والإبلاغ عنها فقط للإجراءات المدرجة في هذه الوثيقة أو تلك المتعلقة بها ؛
إبلاغي وطلب الإذن الخاص بي قبل القيام بإجراءات أخرى غير تلك المذكورة في هذا المستند ؛
تحديث وحذف جميع معلوماتي الشخصية عندما تصبح بلا فائدة ؛ والامتناع عن نشر معلوماتي الشخصية ؛
إتخاذ كافة الاحتياطات اللازمة لضمان أمن معلوماتي الشخصية منذ اللحظة التي يقوم فيها مقدم الرعاية المعتمد من قبل المركز بتنفيذ أحد الإجراءات المدرجة في هذه الوثيقة نيابة عني ، فإنه يعطي موافقته على القيام بذلك وفقاً للشروط الموضحة في هذا المستند
: تفويضي يعطي ويتم قبوله لمدة عام واحد. وقد تنتهي صلاحيته قبل ذلك إذا تم تنفيذ وتحقيق الإجراءات الموضحة أعلاه ؛
في حالة قررت إلغاءه
إذا قرر مقدم الرعاية المعتمد من قبل المركز إلغاءه ؛
منح تفويضي إلى شخص آخر غير المساعد المعتمد من قبل المركز. وفي هذه الحالة ، يجب إبلاغ المركز بذلك في أسرع وقت ممكن
يجب على المساعد المفوض من قبل المركز تنفيذ الإجراءات الخاصة بي والمذكورة في هذا المستند طالما أن التفويض ساري المفعول ويعد مقدم الرعاية المرخص له باسم المركز ، مسؤولاً إذا لم يحترم الشروط الموضحة في هذه الوثيقة، المادة 1991 من القانون