

Demande d'admission au transport adapté



1. Critères d'admission

- A) Être une personne handicapée**, c'est-à-dire « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ».
- B) Avoir, sur le plan de la mobilité, des limitations justifiant l'utilisation d'un service de transport adapté.**

Par conséquent, toute limitation temporaire (exemple : jambe fracturée) ne peut faire l'objet d'une demande d'admission.

Vous pouvez consulter la *Politique d'admissibilité au transport adapté* sur le site Internet du ministère des Transports au www.mtq.gouv.qc.ca sous la rubrique Personnes ayant des incapacités.

2. Procédure

Partie 1 : à remplir par le demandeur.

Partie 2 : à remplir par un **professionnel du réseau de la santé ou du réseau scolaire** selon le type de diagnostic du demandeur. À titre indicatif, consultez le tableau ci-dessous pour vous aider.

TYPES DE DIAGNOSTIC

Motrice ou organique, pour les personnes en fauteuil de façon permanente :
ergothérapeute, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique.

Classe, stade, niveau, soit pulmonaire, cardiaque, Parkinson, Alzheimer, T.C.C. ou autre: spécialiste, ergothérapeute, physiothérapeute.

Dans tous les autres cas :
ergothérapeute, physiothérapeute, ou thérapeute en réadaptation physique.

Déficience intellectuelle / T.S.A.: éducateur spécialisé, enseignant en adaptation scolaire, psychoéducateur, travailleur social.

Déficience visuelle : optométriste, spécialiste en orientation et mobilité, intervenants en réadaptation pour déficience visuelle.

Déficience du psychisme : ergothérapeute, toute personne œuvrant dans le domaine de la déficience Du psychisme.

Envoyez votre formulaire rempli, photo et preuve d'âge¹ à l'adresse suivante ou par courriel :
repartitionta@tacpapineau.ca

La Corporation des Transports adapté et collectif de Papineau

C.P.5009, St-André-Avellin, Qc J0V 1W0
Téléphone : 819-308-0788 Poste 3501

Assurez-vous de joindre à votre demande :

- Formulaire remplir et **signé**
- Preuve d'âge¹ (photocopie de la carte d'assurance maladie ou du certificat de naissance)
- Une (1) photo récente

¹ Une preuve d'âge et une photo sont exigées pour le traitement du dossier.

Réservé à l'officier d'admission

Numéro de dossier

Date de réception
de la demande

Année

Mois

Jour

Partie 1 - Renseignements généraux

À remplir par le demandeur, par toute autre personne désignée par celui-ci ou par son représentant légal si le demandeur ne peut agir. **Tout formulaire incomplet ou illisible sera retourné au demandeur, ce qui retardera le traitement de la demande.** La confidentialité de l'information transmise sera respectée en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Cette information sera à l'usage exclusif du comité d'admission.

SECTION 1**Renseignements sur le demandeur****CARACTÈRES D'IMPRIMERIE (OBLIGATOIRE)**

Nom de famille		Prénom				
Nom de famille à la naissance (si différent)						
Adresse de résidence	Numéro	Rue	Numéro d'appartement			
Municipalité						
Code postal						
Nom de l'établissement où la personne réside (s'il y a lieu)						
Numéro de chambre						
Téléphone Résidence	Ind. rég.	Numéro	Bureau			
Cellulaire	Ind. rég.	Numéro	Télécopieur			
Poste						
Ind. rég. Numéro						
Adresse courriel						
J'accepte de recevoir des renseignements ou des offres de la part de mon organisme de transport adapté. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Poids	Taille
Langue parlée	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : _____			Autres modes de communication Précisez : _____		

SECTION 2**Questions relatives à l'admission au transport adapté et au type d'accompagnement.****1 Qu'est-ce qui vous amène à présenter une demande d'admission ?**

2 Existe-t-il un service de transport en commun régulier dans votre municipalité ?

- Non Oui ► Si oui, êtes-vous en mesure de l'utiliser ?
 Non ► Veuillez en indiquer les raisons.

Oui

Ne sais pas

3 Si vous êtes admis au transport adapté, aurez-vous besoin de l'aide d'une personne (exemple : repositionnement) à bord du véhicule durant votre déplacement ?

- Non Oui ► Si oui, de quelle aide s'agit-il?

4 A. Si vous êtes admis au transport adapté, devrez-vous utiliser une ou des aides à la mobilité durant vos déplacements en transport adapté ?

- Non Oui

B. Précisez l'aide ou les aides dont il s'agit.

Marchette ► pliante non pliante

Triporteur ou quadriporteur

Ambulateur

Fauteuil roulant ► motorisé

Canne ► Précisez le type :

manuel rigide

manuel pliant

Béquilles

Autre ► Précisez :

Chien-guide ou d'assistance
(certifié par une école reconnue)

C. Précisez l'aide que vous utiliserez le plus fréquemment :

D. Avez-vous besoin d'une bonbonne d'oxygène durant vos déplacements en transport adapté ?

- Non Oui

5 Avez-vous des enfants âgés de moins de 14 ans dont vous avez la charge ?

- Non Oui ► Veuillez fournir leurs noms et dates de naissance.

Nom

Prénom

Date de naissance

Année Mois Jour

SECTION 3

Références et signatures

- 1 Y a-t-il une ressource professionnelle autre que celle qui remplira l'attestation des incapacités (partie 2 du formulaire) avec laquelle le comité d'admission pourrait communiquer au besoin afin de faciliter l'analyse de votre dossier ?**

Nom		Prénom	
Fonction		Nom de l'établissement (s'il y a lieu)	
Téléphone	Ind. rég.	Numéro	Poste
			Numéro de pratique (s'il y a lieu)

- 2 Si le demandeur n'a pas rempli lui-même la présente partie, veuillez indiquer la personne qui l'a fait à sa place.**

Nom		Prénom	
Téléphone	Ind. rég.	Numéro	Bureau
Résidence			Ind. rég.
Cellulaire	Ind. rég.	Numéro	Lien avec le demandeur
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)			

- 3 Personne avec qui communiquer en cas d'urgence.**

Nom		Prénom	
Téléphone	Ind. rég.	Numéro	Bureau
Résidence			Ind. rég.
Cellulaire	Ind. rég.	Numéro	Lien avec le demandeur
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)			

Autorisation du demandeur

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. Je comprends que toute fausse déclaration pourrait entraîner le refus de mon admission ou la révocation de mon admissibilité. J'autorise le comité d'admission à prendre connaissance de tous les renseignements contenus dans ce formulaire ainsi que de tous les documents joints à l'appui de la présente demande. J'autorise également le comité à communiquer avec la personne indiquée à la question 1 de la présente section, s'il y a lieu, et avec les personnes ayant rempli la partie 2 du formulaire ou toute autre attestation jointe à la demande pour valider l'information reçue ou pour obtenir un complément d'information, si nécessaire. Je comprends que, en cas d'admission, seule l'information nécessaire à mon déplacement, à ma sécurité et à mon confort sera transmise aux transporteurs qui m'offriront le service.

Signature obligatoire

Signature du demandeur	Signature de la personne autorisée si le demandeur ne peut agir	Date (AAAA-MM-JJ)
------------------------	--	-------------------

Vous pouvez joindre, en annexe, tous les renseignements supplémentaires relatifs à votre admissibilité ou à vos besoins en transport adapté.

Partie 2 - Attestation des incapacités (à remplir par le professionnel)

Veuillez vous assurer de bien remplir cette partie, à défaut de quoi le traitement de la demande et, par conséquent, l'accès au service de transport adapté seront retardés.

1 A. Quel est le diagnostic principal inscrit au dossier qui engendre les Incapacités sur le plan de la mobilité ?

Depuis quand ?

Cochez et précisez, s'il y a lieu, la classification médicale du diagnostic sur le plan fonctionnel (niveau, classe, stade) :

- Déficience intellectuelle ► niveau (léger, moyen, sévère, profond) _____
- Déficience respiratoire ► classe _____ / V
- Déficience cardiaque (New York Heart Association) ► classe _____ / IV
- Maladie de Parkinson (échelle de Hoehn et Yahr) ► stade _____ / V
- Traumatisme crânio-cérébral ► niveau (léger, modéré, sévère) _____
- Maladie d'Alzheimer (échelle de Reisberg ou échelle de détérioration globale [EDG]) ► stade _____ / 7
- Autre ► Précisez : _____

B. Indiquez, s'il y a lieu, tout autre diagnostic en lien avec le besoin de transport adapté.

2 L'état de la personne laisse-t-il entrevoir une récupération possible ?

Non ► Expliquez : _____

Oui ► Indiquez le délai et expliquez : moins d'un an _____

plus d'un an _____

3 La personne présente-t-elle l'une des incapacités décrites ci-dessous ?

- Non ► Passez à la question 11.
- Oui ► Cochez la ou les incapacités (critères d'admission).
- 1. Marcher 400 mètres sur un terrain uni.
 - 2. Monter une marche de 35 cm de hauteur avec appui ou en descendre une sans appui.
 - 3. Effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier en raison d'une fatigabilité extrême.
 - 4. S'orienter dans le temps.
 - 5. S'orienter dans l'espace.
 - 6. Maîtriser des situations ou des comportements pouvant être préjudiciables à sa propre sécurité ou à celle des autres.
 - 7. Communiquer de façon verbale ou gestuelle. N.B. : cette incapacité ne peut à elle seule être retenue aux fins d'admission.

4 Dans quelles circonstances les Incapacités indiquées à la question 3 se manifestent-elles (s'il y a plus d'une incapacité, veuillez indiquer les chiffres correspondants de la question 3, dans les cases appropriées) ?

En tout temps L'hiver seulement Le soir seulement

Seulement lorsque la personne est confrontée à certains obstacles géographiques. ► Précisez : _____

Seulement lorsque la personne se déplace avec un enfant de moins de 6 ans dont elle a la charge.

Lors de déplacements non familiers, trop complexes ou avec intersection dangereuse.

Seulement lors de déplacements pour des traitements d'hémodialyse.

Dans certaines situations ou de façon intermittente ► Précisez : _____

5 Questions spécifiques à certaines déficiences ou incapacités : ne répondre qu'à celles qui s'appliquent à la personne.

A. Déficience motrice, neurologique ou déficience des organes internes

Précisez, s'il y a lieu, le type d'évaluation fonctionnelle effectuée et le résultat :

Echelle de Berg (équilibre) _____

Autre ► Précisez : _____

1) Capacité de marcher sur un terrain uni (précisez)

A) Distance maximale (en mètres) que la personne peut parcourir _____

B) Temps requis pour parcourir cette distance _____

C) Condition de la personne après avoir parcouru cette distance _____

2) Capacité de monter une marche avec appui ou d'en descendre une sans appui (précisez)

A) Hauteur de marche que la personne peut monter avec appui _____

B) Hauteur de marche que la personne peut descendre sans appui _____

C) Limitations rencontrées : amplitude, faiblesse musculaire, douleur, équilibre _____

3) Capacité d'effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier

A) En tout temps ► Expliquez : _____

B) De façon intermittente ► Expliquez : _____

B. Déficience visuelle (cochez et précisez)

Acuité visuelle :

Vision de loin avec ordonnance (système métrique) :

OD _____ OG _____ OU _____

Champ visuel :

Moins de 20° ► OD _____ OG _____

Plus de 20° ► OD _____ OG _____

C. Épilepsie

Indiquez si le problème est contrôlé par médication :

Non ► Aucune médication ne réussit à contrôler complètement les crises. Précisez : _____

Oui _____

Partiellement contrôlé ► Indiquez depuis quand : _____

Donnez des précisions sur la nature des crises (types et manifestations) et les effets secondaires de la médication (s'il y a lieu) :

Y a-t-il des situations particulières pouvant provoquer des crises ? Oui ► Précisez : _____

Si la personne a des crises sévères (c'est-à-dire avec pertes de conscience ou convulsions), indiquez combien de fois par semaine en moyenne elle a de telles crises : _____

Expliquez, s'il y a lieu, en quoi la sécurité de la personne est compromise lors de ses déplacements : _____

D. Problèmes de santé mentale sévères et persistants (remplissez également la section F, s'il y a lieu)

Les incapacités de la personne sont-elles contrôlées par la médication ?

Non ► Précisez : _____

Oui _____

E. Troubles d'ordre cognitif (remplissez également la section F, s'il y a lieu)

Précisez si la personne a des problèmes d'ordre cognitif (exemples : compréhension, jugement, mémoire).

F. Problèmes de comportement

En situation de transport, la personne pourrait-elle présenter un problème de comportement (impulsivité, agressivité, automutilation, risque de fugue, etc.) pouvant être préjudiciable à sa sécurité ou à celle des autres passagers dont le transporteur devrait être informé advenant son admission ?

Non

Oui ► Indiquez la nature et les manifestations :

► Indiquez le type de situations pouvant entraîner ce problème de comportement lié au transport : _____

G. Problèmes de communication

La personne peut-elle communiquer ?

Verbalement

Par symboles

Troubles importants d'élocution

Gestuellement

Aucune communication

► Précisez :

Autre

► Précisez :

6 A. Les limitations de la personne nécessitent-elles l'une des aides à la mobilité suivantes pour faciliter ses déplacements en transport adapté ?

Aucune ► Passez à la question 7.

Triporteur ou quadriporteur

Marchette ► pliante non pliante

Fauteuil roulant ► motorisé

Ambulateur

manuel rigide

Canne ► Précisez le type : _____

manuel pliant

Béquilles

Autre ► Précisez : _____

Chien-guide ou d'assistance (certifié par une école reconnue)

B. La personne doit-elle utiliser cette aide ?

En tout temps À l'occasion

Précisez : _____

C. Si la personne est en fauteuil roulant manuel, peut-elle se transférer du fauteuil à la banquette d'un véhicule ?

Non, même avec l'aide d'une personne

Oui, sans aide

Oui, avec l'aide d'une personne

D. La personne a-t-elle besoin d'une bonbonne d'oxygène durant ses déplacements en transport adapté ?

Non Oui

7 Si la personne est admise au transport adapté, aura-t-elle besoin de l'aide d'un accompagnateur en raison d'un besoin particulier à bord du véhicule durant le déplacement compte tenu de ses incapacités ?

Non

Non, si certaines mesures sont mises en place pour pallier les problèmes de comportement en cours de déplacement.

► Expliquez : _____

Oui, temporairement à des fins de familiarisation pour une période de : _____

Oui, en tout temps. ► Pourquoi : _____

8 La personne est-elle inscrite ou a-t-elle été inscrite à un cours en orientation et mobilité, un apprentissage ou une familiarisation (traitement ou thérapie comportementale), ou à une réadaptation en vue de l'utilisation du transport en commun régulier ?

Non, quelles en sont les raisons ?

La personne n'a pas le potentiel. ► Expliquez :

La personne a le potentiel, mais il n'y a pas de transport en commun régulier dans la municipalité.

Autre ► Précisez :

Oui, supervisé par :

Téléphone :

Nom de l'établissement :

Date de début :

Durée probable :

Terminé le :

Si cette démarche s'est soldée par un échec, en expliquer les causes.

9 A. La personne pourrait-elle effectuer certains déplacements en transport en commun régulier sans nécessiter l'aide d'un accompagnateur ?

Non ► Pourquoi :

Oui, pour tous les déplacements.

Oui, sauf dans certaines situations. ► Précisez :

Oui, pour certains déplacements spécifiques. ► Précisez l'origine et la destination de ces déplacements :

Origine

Destination

B. Cette personne pourrait-elle utiliser le transport en commun régulier lorsqu'elle est accompagnée ?

Non ► Expliquez :

Oui

10 L'information contenue dans le présent document concernant le diagnostic et l'évaluation des incapacités provient :

D'une évaluation du demandeur ► Précisez, s'il y a lieu, le type d'évaluation :

Du dossier du demandeur : Diagnostic ► Précisez la date :

Évaluation des incapacités ► Précisez la date :

Autre ► Précisez :

11 Depuis combien de temps traitez-vous ou offrez-vous des services à cette personne ?

Ce formulaire a été rempli par :

Nom, prénom :

Estampille ou sceau
du professionnel ou
de l'établissement

Estampille ou sceau

Fonction :

Téléphone : Numéro de pratique (s'il y a lieu) :

Je certifie que les renseignements fournis sur (indiquez prénom et nom) M. _____ ou

Mme _____ sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que le demandeur pourrait se voir refuser l'admission au transport adapté ou se voir révoquer son admission.

Signature obligatoire

Date (AAAA-MM-JJ)

Vous pouvez joindre en annexe tous les renseignements supplémentaires que vous jugez nécessaires à l'appui de cette attestation.

LE CONTENU DU PRÉSENT FORMULAIRE EST PRESCRIT PAR LE MINISTÈRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC.

Ministère des Transports



Informations complémentaires au formulaire d'admissibilité au transport adapté

Doit être rempli par l'usager lui-même, par toute autre personne désignée par lui ou par la personne autorisée (représentant légal) si l'usager ne peut agir. Les renseignements fournis demeurent confidentiels et à l'usage exclusif du comité d'admissibilité.

1-Côchez la situation qui s'applique;

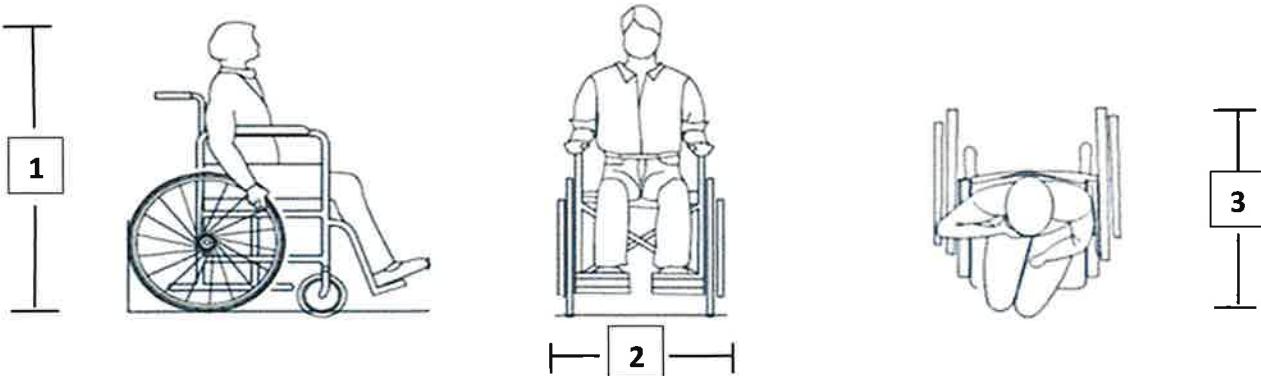
- L'usager n'est pas autonome et ne peut rester seul sans surveillance. Le chauffeur doit s'assurer qu'un responsable prenne en charge l'usager avant de quitter.
- L'usager est autonome, le chauffeur peut le laisser seul à destination.

2-Dimensions des appareils;

- Côchez si non applicable

Pour les fauteuils roulants (motorisé et manuel) et quadriporteur, veuillez inscrire les trois mesures suivantes;

1	2	3
Hauteur maximale	Largeur hors tout	Longueur hors tout
Pouces : _____	Pouces : _____	Pouces : _____
ou	ou	ou
cm : _____	cm : _____	cm : _____



IMPORTANT :

Il est de votre responsabilité de tenir les informations relatives à votre condition médicale ainsi que vos informations personnelles à jour afin de nous permettre d'effectuer notre travail dans votre meilleur intérêt.