C.T.A.F.C.M.
660 B, rue Principale
St-Luc de Vincennes, Québec
G0X 3K0

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION AU TRANSPORT ADAPTÉ

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

Le comité d'admission doit disposer de toutes les informations pour être en mesure de statuer sur l'admissibilité du requérant et lui octroyer un type d'admission et d'accompagnement appropriés.

Tout formulaire incomplet ou illisible devra être retourné au requérant. Le traitement de la demande s'en verra retardé d'autant. En cas de fausse déclaration, l'admissibilité pourra être refusée ou retirée.

Les renseignements fournis demeurent confidentiels et à l'usage exclusif du comité d'admission. Seuls les renseignements susceptibles d'assurer la sécurité et le confort de la personne qui sera admise, pourront être communiqués au transporteur.

PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Cette partie doit être remplie par le requérant lui-même, par toute autre personne désignée par lui ou par la personne autorisée (représentant légal) si le requérant ne peut agir.

II importe de bien répondre à toutes les questions.

PARTIE 2 - DIAGNOSTIC

Cette partie porte sur le diagnostic de chacun des types de déficience. Ces professionnels sont clairement identifiés au début du diagnostic de chacun des types de déficience.

DÉMARCHE À SUIVRE

Après avoir rempli la partie portant sur les renseignements généraux et fait compléter celle(s) concernant le diagnostic, le requérant achemine sa demande au comité d'admission situé sur le territoire où il réside en y joignant, si disponible, une évaluation fonctionnelle de son incapacité. S'il n'existe pas de service de transport adapté sur le territoire où le requérant demeure, celui-ci achemine sa demande au comité d'admission désigné de sa région.

Après analyse, le comité d'admission déterminera si une évaluation fonctionnelle est requise auprès d'un professionnel autorisé afin de témoigner de l'incapacité du requérant et, le cas échéant, de son potentiel d'apprentissage à l'utilisation du transport en commun régulier.

DEMANDE D'ADMISSION

PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Cette partie doit être remplie par le requérant lui-même, par toute autre personne désignée par lui ou par la personne autorisée (représentant légal) si le requérant ne peut agir.

Les renseignements fournis demeurent confidentiels et à l'usage exclusif du comité d'admission.

Réservé au comité d'admission N° de dossier		
Date de réception de la demande	an	Mois Jour
Signature de l'officier délégué		

EN LETTRES MOULLÉES, S'IL VOUS PLAÎT

1- Identification de la personne

Nom de la personne			Prénom	
Adresse de résidences	N°	Rue	N° appartement	Municipalité	Code Postal
Nom de l'établissement où la personne réside (s'il y a lieu)				N° de chambre
N° de téléphone	Résidence:	Bureau:	N° d'assurance maladie	
Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin	Poids	Taille		

2- Quelle est votre principale déficience ? _____

3- Avez-vous d'autres déficiences ?

☐ Non

☐ Oui, Lesquelles ? _____

4- Cocher les incapacités qui vous amènent à présenter une demande d'admission au transport adapté, et préciser, si ces incapacités sont permanentes, saisonnières ou temporaires.

	Permanent	Saisonnier	Temporaire:	Durée probable
Problème à la marche	☐	☐	☐	_____
Problème d'endurance	☐	☐	☐	_____
Problème visuel	☐	☐	☐	_____
Problème de mémoire	☐	☐	☐	_____
Problème d'orientation	☐	☐	☐	_____
Problème de comportement	☐	☐	☐	_____
Autre, préciser _____	☐	☐	☐	_____

5- Quelle aide utilisez-vous régulièrement pour faciliter vos déplacements à l'extérieur ?

☐ Accompagnateur
☐ Marchette
☐ Canne
☐ Canne longue de détection (blanche)
☐ Canne de support blance
☐ Béquilles
☐ Chiens-guide

☐ Fauteuil roulant manuel

Pouvez-vous transférer du fauteuil à la banquette d'une automobile ?

☐ Oui, seul
☐ Oui, avec l'aide du chauffeur
☐ Jamais, même avec l'aide du chauffeur

☐ Triporteur
☐ Autre type de fauteuil, préciser

6- S'il n'existe pas de service de transport en commun régulier dans votre municipalité, passer à la question 7.
S'il existe un service de transport en commun régulier dans votre municipalité, l'utilisez-vous ?

☐ Oui

Utilisez-vous l'autobus ?
☐ Non
☐ Oui, sans être accompagné
☐ Oui, toujours accompagné

Utilisez-vous le métro ?
☐ Non
☐ Oui, sans être accompagné
☐ Oui, toujours accompagné

Si vous n'utilisez pas le service de transport en commun régulier, en indiquer les raisons.

_____

_____

7- Si vous étiez admis au service de transport adapté, devriez-vous être accompagné ?

☐ Non
☐ Oui, à l'occasion Pourquoi ? _____

☐ Oui, toujours Pourquoi ? _____

8- Avez-vous des enfants âgés de 13 ans et moins dont vous avez la charge ?

☐ Non ☐ Oui Nom et date de naissance: _____

_____

9- Si vous étiez admis au transport adapté, nécéssiteriez-vous une aide particulière à bord du véhicule ?

☐ Non ☐ Oui, laquelle ? _____

Pourquoi ? _____

10- Faites-vous usage ?

D'un téléscripteur
☐ Non ☐ Oui

D'un autre appareil de communication
☐ Non ☐ oui, préciser _____

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

11- Si le requérant n'a pas rempli lui-même cette section, veuillez identifier la personne qui l'a fait à sa place.

Nom		Prénom	
N° de téléphone :	Résidence:	Bureau:	N° de poste
Lien avec le requérant		Nom de l'établissement (s'il y a lieu)	

12- Personne à contacter en cas d'urgence

Nom		Prénom	
N° de téléphone :	Résidence:	Bureau:	N° de poste
Lien avec le requérant		Nom de l'établissement (s'il y a lieu)	

Signature obligatoire

Je certifie que les renseignements donnés sont exacts et j'autorise le comité d'admission à communiquer avec les personnes qui auront à remplir les parties requises du formulaire.

Signature: _____ Date: _____ An Mois Jour

PARTIE 2 - DIAGNOSTIC DE LA DÉFICIENCE MOTRICE OU ORGANIQUE

☐ Oui ☐ Non

Si la personne a une déficience cardiaque, cette partie doit être remplie par un cardiologue. Si la personne a une déficience respiratoire, cette partie doit être remplie par un pneumologue et enfin, si la personne est épileptique, cette partie doit être remplie par un neurologue. Dans tous les autres cas, cette partie doit être remplie par un médecin.

Les renseignements fournis demeurent confidentiels
et à l'usage exclusif du comité d'admission.

En lettres moulées, s'il vous plaît

Identification de la personne

Nom de la personne	Prénom

1- Diagnostic médical

_____

_____

2- Depuis quand ?

_____

_____

3- Préciser le niveau de déficience ou l'état fonctionnel découlant du diagnostic Indiqué ci-dessus (grade, classe). S'il s'agit d'une déficience cardiaque, situer la personne selon la classification de la N.Y.H.P.A.

_____

_____

4- La déficience de la personne entraîne-t-elle des limitations sur le plan de la mobilité ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Expliquer: _____

_____

5- Si la personne est épileptique, ce problème est-il contrôlé par médication ?

☐ Oui ☐ Non

Donnez des précisions quant à la nature des crises et à leur fréquence: _____

_____

_____

Y a-t-il des situations particulières pouvant provoquer des crises ?

_____

_____

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

☐ Oui, quand et expliquer _____

_____

☐ Non, expliquer _____

_____

7- La personne utilise-t-elle de façon régulière un des appareillages suivants dans ses déplacements à l'extérieur ?

- ☐ Fauteuil roulant motorisé
- ☐ Fauteuil roulant manuel
- ☐ Triporteur
- ☐ Autre type de fauteuil, préciser _____
- ☐ Marchette
- ☐ Canne quadripode
- ☐ Deux cannes
- ☐ Une ou deux prothèses fémorales
- ☐ Deux prothèses tibiales
- ☐ Une ou deux orthèses longues des membres inférieurs
- ☐ Deux orthèses tibiales associés à des béquilles ou des cannes
- ☐ Deux béquilles canadiennes ou arthritiques

- ☐ Autre, préciser _____
- ☐ aucun

8- Examen fait par

Nom: _____

Fonction: _____

	An	Mois	Jour		An	Mois	Jour
Date de l'examen				Le formulaire a été rempli le			

Signature: _____ No de téléphone: _____

Estampille ou
sceau du professionnel

N.B.: Le contenu du présent formulaire est prescrit par le ministère des Transports du Québec.

PARTI 2- DIAGNOSTIC DE LA DÉFICIENCE VISUELLE

☐ Oui ☐ Non ***Si non, passer au diagnostic suivant***

Cette partie doit être remplie par un optométriste ou un ophtalmologiste.

Les renseignements fournis demeurent confidentiels
et à l'usage exclusif du comité d'admission

En lettres moulées, s'il vous plaît

Identification de la personne.

Nom de la personne	Prénom

1- Diagnostic médical ou problématique

_____

_____

_____

_____

_____

2- Acuité visuelle: vision de loin avec prescription (en métrique)

OD _____ OG _____ OU _____

Champ visuel: cocher et préciser

Moins de 20°	Plus de 20°
☐ OD _____	☐ OD _____
☐ OG _____	☐ OG _____

3- Origine de la déficience

☐ Anomalie congénitale

☐ Accidentelle, date d'apparition _____ (An Mois Jour)

☐ Maladie, date d'apparition _____

4- La déficience de la personne entraîne-t-elle des limitations sur le plan de la mobilité ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Expliquer: _____

_____

_____

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

☐ Oui, quand et expliquer _____

_____

_____

☐ Non, expliquer _____

_____

_____

6- Examen fait par

Nom: _____

Fonction: _____

Date de l'examen _____ (An Mois Jour) Le formulaire a été rempli le _____ (An Mois Jour)

Signature: _____ N° de téléphone: _____

Estampille ou
sceau du professionnel

N.B.: Le contenu du présent formulaire est prescrit par le ministère des Transports du Québec

PARTIE 2- DIAGNOSTIC DE LA DÉFICIENCE DU PSYCHISME

☐ Oui ☐ Non Si non, passer au diagnostic suivant

Cette partie doit être remplie par un professionnel d'un centre hospitalier psychiatrique, un psychiatre, un psychologue ou un médecin.

Les renseignements fournis demeurent confidentiels
et à l'usage exclusif du comité d'admission.

En lettres moulées, s'il vous plaît

Identification de la personne

Nom de la personne	Prénom

1- Diagnostic médical ou problématique

_____

_____

_____

2- Depuis quand ?

_____

_____

_____

3- Les manifestations de cette déficience se présentent-elles de façon ?

☐ continue ☐ Intermédiaire, préciser _____

_____

_____

4- La déficience de la personne entraîne-t-elle des limitations sur le plan de la mobilité ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Expliquer _____

_____

_____

5- Cette personne maitrise-t-elle les habiletés de base (s'habiller seule, manger sans aide, etc.) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Expliquer _____

_____

_____

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

☐ Oui, quand et expliquer _____

_____

☐ Non, expliquer _____

_____

7- Examen fait par

Nom: _____

Fonction: _____

Date de l'examen _____ (An Mois Jour)

Le formulaire a été rempli le _____ (An Mois Jour)

Signature: _____

N° de téléphone: _____

Estampille ou
sceau du professionnel

N.B.: Le contenu du présent formulaire est prescrit par le ministère des Transports du Québec

PARTIE 2- DIAGNOSTIC DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

☐ Oui ☐ Non Si non, passer au diagnostic suivant

Cette partie doit être remplie par un professionnel d'un centre de réadaptation en déficience intellectuelle, un psychiatre, un psychologue ou un médecin

Les renseignements fournis demeurent confidentiels
et à l'usage exclusif du comité d'admission.

En lettres moulées, s'il vous plaît

Identification de la personne

Nom de la personne	Prénom

1- Diagnostic médical ou problématique

_____

_____

_____

2- Précisions concernant le niveau de déficience

_____

_____

_____

3- La déficience de la personne entraîne-t-elle des limitations sur le plan de la mobilité ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Expliquer _____

_____

_____

4- Cette personne maitrise-t-elle les habiletés de base (s'habiller seule, manger sans aide, etc.) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Expliquer _____

_____

_____

7- Examen fait par

Nom: _____

Fonction: _____

	An	Mois	Jour		An	Mois	Jour
Date de l'examen				Le formulaire a été rempli le			

Signature: _____ N° de téléphone: _____

Estampille ou
sceau du professionnel

N.B.: Le contenu du présent formulaire est prescrit par le ministère des Transports du Québec