

Transport collectif pour personnes ayant une incapacité temporaire

Formulaire d'inscription

1. Critères d'admission :

- a. Être dans l'incapacité d'utiliser le transport en commun régulier
- b. Ne pas être admissible au transport adapté (critères du MTQ)
- c. Avoir besoin d'un transport temporaire pendant moins d'un an, sur le territoire de la Ville de Granby**

2. Marche à suivre

A. Compléter le *formulaire d'inscription* et le **signer (p. 1 et 2)**

B. Faire compléter *l'attestation des incapacités (p.3 et 4)* par **un professionnel de la santé** tel que...

Exemples :

- un cardiologue, un pneumologue ou un neurologue;
- un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un psychiatre;
- un optométriste ou un ophtalmologiste;
- un spécialiste en réadaptation en déficience visuelle;
- un spécialiste en orientation et mobilité;
- un psychologue, un psychoéducateur ou un psychiatre;
- un technicien en éducation spécialisée;
- un travailleur social;
- un omnipraticien (médecin généraliste);
- un infirmier.

C. Une fois **complétés** et **signés**, acheminez les **originaux** de ce *formulaire d'inscription* **et** de *l'attestation des incapacités (p. 1 à 4)* à l'adresse suivante :

Ami-Bus inc.
65, rue St-Jude S, local 4
Granby (Qc) J2J 2N2

Pour toutes questions contactez le 450.375.2069 # 225

Date de la demande : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Numéro en cas d'urgence : _____

Type d'équipement requis pour aide à la mobilité : _____

J'ai joint l'**original*** de ce *formulaire d'inscription* (p.1 et 2) ainsi que l'**original*** de l'*attestation des incapacités* (p.3 et 4) complétée et **signée** par un médecin ou un professionnel de la santé cité dans la liste en page 1.

Aucune copie ne sera acceptée

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et complets et j'autorise Ami-Bus inc. à divulguer mes renseignements personnels et de santé à la Ville de Granby pour fins d'étude de la présente demande.

Signature du demandeur : _____ Date : _____
(JJ/MM/AAAA)

OU Signature de la personne autorisée si le demandeur ne peut agir :

_____ Date : _____
(JJ/MM/AAAA)

Transport collectif pour personnes ayant une incapacité temporaire

Attestation des incapacités

À remplir par le professionnel de la santé

Note importante :

La présente attestation vise à établir le diagnostic du demandeur uniquement sur le plan de la mobilité et à cibler s'il y a présence d'une incapacité temporaire (moins d'un an) empêchant le demandeur d'utiliser le transport en commun régulier. Également, pour être éligible à ce service, le demandeur ne doit pas être admissible au transport adapté.

1) Diagnostic engendrant l'incapacité à la mobilité temporaire :

Depuis quand ? : _____

2) Le demandeur présente-t-il l'une des incapacités décrites ci-dessous ?

➔ Cochez la ou les incapacités du demandeur :

- Marcher 400 mètres sur un terrain uni
- Monter une marche de 35 cm de hauteur avec appui ou en descendre une sans appui
- Effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier en raison d'une fatigabilité extrême

3) Type d'équipement ou d'aides à la mobilité requis : _____

4) Durée évaluée de l'incapacité temporaire :

5) Le demandeur aura t-il besoin d'aide d'un accompagnateur en raison d'un besoin particulier à bord du véhicule durant le déplacement ?

Non

Oui

Ce formulaire a été rempli par :

Estampille ou sceau
du professionnel de la santé }>

Estampille ou sceau

Nom, prénom : _____

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.

Signature obligatoire

Date (JJ-MM-AAAA)

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