



Corporation
de transport adapté
de Fran-che-mont

C.T.A.F.C.M.
CASE POSTALE 27
CHAMPLAIN (QUÉBEC)
G0X 1C0

C.T.A.F.C.M.
CASE POSTALE 27
CHAMPLAIN (QUÉBEC)
G0X 1C0

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.

Il 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 MOUILLÉES, 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 <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problème d'endurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problème visuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problème de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problème d'orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problème de comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autre, préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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

- Accompagnateur
- Marchette
- Canne
- Canne longue de détection (blanche)
- Canne de support blanche
- 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, nécessiteriez-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

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: _____

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

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 maîtrise-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: _____

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

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 maîtrise-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