

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION AU TRANSPORT ADAPTÉ

### Marche à suivre pour le requérant :

1. Remplir la partie 1 « Renseignements généraux ».
2. Faire remplir la partie 2 sur les incapacités par le professionnel :
  - qui est le plus familier avec votre ou vos incapacités vous amenant à présenter une demande d'admission au transport adapté;
  - que vous consultez régulièrement ou qui vous offre des traitements ou des services de réadaptation ou de rééducation.

Il peut s'agir :

- d'un ergothérapeute, d'un physiothérapeute ou d'un physiatre;
  - d'un cardiologue, d'un pneumologue ou d'un neurologue;
  - d'un spécialiste en réadaptation ou en rééducation;
  - d'un psychologue ou d'un psychiatre;
  - de tout autre professionnel du réseau de la santé ou du réseau scolaire.
3. Une fois les sections dûment remplies, acheminez le formulaire au Comité d'admission du service de transport adapté de la MRC<sup>De</sup> Pierre-De Saurel à l'adresse suivante :

**Service du Transport adapté**  
Comité d'admission  
de la MRC<sup>De</sup> Pierre-De Saurel  
56, rue Charlotte, bureau 362, Sorel-Tracy, J3P 1G3  
Tél : (450) 746-7827  
Télécopieur : (450) 746-7828

Les questions du formulaire visent à identifier les limitations de la personne dans sa mobilité et à en évaluer l'impact justifiant l'utilisation du transport adapté. En conséquence,

**TOUT FORMULAIRE INCOMPLET OU ILLISIBLE SERA RETOURNÉ AU REQUÉRANT.  
LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE S'EN VERRA RETARDÉ.**

*S'il vous plaît, veuillez nous faire parvenir une photo pour recevoir votre carte d'admission (dimension 1 pouce par 1 pouce), s'il y a lieu.*

## DEMANDE D'ADMISSION

<b>Réservé au Comité d'admission</b>			
No de dossier			
Date de réception de la demande	An	Mois	Jour

### 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.

**EN LETTRES MOULÉES (OBLIGATOIRE)**

**N.B. :** Tout formulaire incomplet ou illisible sera retourné au requérant.

### 1- Identification de la personne.

Nom de la personne			Prénom		
Adresse de résidence :	N°	Rue	N° d'appartement		
Municipalité			Code postal		
Nom de l'établissement où la personne réside (s'il y a lieu)			N° de chambre		
Numéro de téléphone :	Résidence : ( ) -	Bureau : ( ) -			
Date de naissance :	Année / Mois / Jour	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Poids	Taille	

### 2- Quelle est votre principale déficience ? \_\_\_\_\_

Depuis quand ? \_\_\_\_\_

Avez vous d'autres déficiences ? Précisez : \_\_\_\_\_

### 3- Quels sont les problèmes causés par cette (ces) déficience(s) qui vous amène(nt) à présenter une demande d'admission au transport adapté ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

S'agit-il de problèmes :  Permanents ?  Saisonniers?

Temporaires ? D'une durée probable de \_\_\_\_\_

Intermittents ? Précisez les circonstances \_\_\_\_\_

### 4A- 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
- Chien-guide
- Chien d'aide
- Fauteuil roulant motorisé

- Fauteuil roulant manuel rigide
- Fauteuil roulant manuel pliant
- Pouvez vous transférer du fauteuil roulant à la banquette d'une automobile ?**
- Oui, seul  Oui, avec l'aide d'une personne
- Jamais, même avec l'aide d'une personne
- Triporteur
- Quadriporteur
- Autre (orthèses, autre type de fauteuil...), précisez \_\_\_\_\_

**4B- Si l'utilisation d'une de ces aides n'est qu'occasionnelle, précisez de quelle aide il s'agit et dans quelles circonstances vous l'utilisez ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5- S'il existe un service de transport en commun régulier dans votre municipalité, pouvez-vous l'utiliser ?**

Non, veuillez en indiquer les raisons \_\_\_\_\_

Oui :  Autobus      Avez-vous besoin d'être accompagné :  Toujours  
 Métro       Occasionnellement  
 Jamais

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

Non  Oui Nom(s) et date de naissance \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7- Si vous étiez admis au transport adapté, nécessiteriez-vous une aide particulière à bord du véhicule (durant le voyage) ?**

Non  Oui, Laquelle ? \_\_\_\_\_  
Pourquoi ? \_\_\_\_\_

**8- Êtes-vous capable de communiquer ?**

Verbalement     Gestuellement     Par symboles     Aucune communication  
 Autre, précisez \_\_\_\_\_

**9- Faites-vous usage ?**

d'un télescripteur     Non     Oui  
 d'un autre appareil     Non     Oui, précisez \_\_\_\_\_  
de communication

**10- Y a-t-il une ressource professionnelle autre que celle qui remplira l'attestation des incapacités (formulaire ci-joint) que le Comité d'admission pourrait contacter au besoin afin de faciliter l'analyse de votre dossier ?**

Nom	Fonction
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)	
N° de téléphone (      ) -	N° de pratique (s'il y a lieu)

*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)	

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.

Signature obligatoire

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée  
si le requérant ne peut agir

Autorisation du requérant

J'autorise le Comité d'admission à prendre connaissance de tous les renseignements contenus sur ce formulaire ainsi que de tous les autres documents joints à l'appui de la présente demande. J'autorise également le Comité à communiquer avec les personnes identifiées précédemment et avec les personnes ayant produit ces documents. Je comprends qu'en cas d'admission, seules les informations nécessaires à ma sécurité et à mon confort seront transmises au transporteur.

Signature obligatoire

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée  
si le requérant ne peut agir

Date de l'autorisation \_\_\_\_\_

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

## ATTESTATION DES INCAPACITÉS

### *Qui peut remplir ce formulaire ?*

Il importe que cette partie du formulaire soit remplie par **un professionnel qui est familier avec les limitations** que la ou les déficiences de la personne entraînent sur sa capacité de se déplacer.

- un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un psychiatre;
- un cardiologue, un pneumologue ou un neurologue;
- un spécialiste en orientation-mobilité;
- un spécialiste en réadaptation ou en rééducation;
- un psychologue ou un psychiatre;
- tout autre professionnel du réseau de la santé ou du réseau scolaire.

### **Attention !**

*Veillez vous assurer de bien remplir la présente section, à défaut de quoi le traitement de la demande, et par conséquent, l'accès au service de transport adapté en sera retardé.*

<b>SECTION 1 Incapacités sur le plan physique ou moteur</b> (Compléter s'il y a lieu, sinon passer à la section 2).
--

### **1- La personne peut-elle marcher 400 mètres sur un terrain plat et uni ?**

- Oui
- Oui, sauf l'hiver
- Oui, mais elle est confrontée à certains obstacles géographiques qui l'en empêchent. Précisez :

\_\_\_\_\_

- Oui, sauf lorsqu'elle se déplace avec un enfant de moins de six (6) ans dont elle a la charge
- Non, incapable en tout temps
- Non, incapable de façon intermittente. Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Précisez la distance (en mètres) que la personne peut parcourir \_\_\_\_\_

Temps requis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **2- La personne peut-elle monter une marche de 35 centimètres de hauteur avec appui ou en descendre sans appui ?**

- Oui
- Oui, sauf lorsqu'elle se déplace avec un enfant de moins de 6 ans dont elle a la charge
- Non, incapable en tout temps de :  monter avec appui ou  descendre sans appui.

Précisez (amplitude, faiblesse musculaire, douleur, équilibre)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3- ***La personne présente-t-elle, en raison d'une déficience cardiaque ou respiratoire sévère et chronique ou d'une déficience neurologique sévère, une fatigabilité extrême l'empêchant d'effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier ou qui l'en empêcherait si un tel service était offert dans sa municipalité ?***

Non     Oui, en tout temps, expliquez \_\_\_\_\_

Oui de façon intermittente, expliquez \_\_\_\_\_

Si cette incapacité ne concerne que les déplacements pour les traitements de dialyse, le précisez

\_\_\_\_\_

4- ***Les incapacités identifiées précédemment (questions 1 à 3) sont-elles ?***

Permanentes     Temporaires, pour une durée probable de \_\_\_\_\_

5- ***Quel est le diagnostic, inscrit au dossier, en relation avec les incapacités identifiées précédemment ? (ex : sclérose en plaque, A.C.V., hémiplégie)***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Depuis quand ? \_\_\_\_\_

Précisez, s'il y a lieu le niveau de déficience ou l'état fonctionnel (degré, classe), notamment la classe fonctionnelle de la déficience respiratoire ou cardiaque (N.Y.H.A.) et de la maladie de Parkinson.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prothèses utilisées, s'il y a lieu \_\_\_\_\_

6- ***Les limitations de la personne nécessitent-elles l'une des aides suivantes lors de ses déplacements à l'extérieur ?***

Fauteuil roulant motorisé     Triporteur     Marchette     Béquilles  
 Fauteuil roulant manuel     Quadriporteur     Cannes     Chien d'aide

Autre (orthèses, autre type de fauteuil), précisez \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La personne doit-elle utiliser cette aide  en tout temps     à l'occasion

Précisez \_\_\_\_\_

Si la personne est en fauteuil roulant, peut-elle se transférer du fauteuil à la banquette de l'automobile ?

Oui, sans aide  
 Oui, avec l'aide d'une personne  
 Non, même avec l'aide d'une personne

**SECTION 2 Incapacités sur le plan sensoriel, cognitif ou comportemental**

(Compléter s'il y a lieu, sinon passer à la section 3).

**1- La personne peut-elle s'orienter dans le temps ou dans l'espace ?**

Oui  Non

Cette incapacité se manifeste

- En tout temps  Le soir seulement  L'hiver seulement  
 Pour des déplacements non familiers  
 Pour des déplacements trop complexes  
 De façon intermittente, précisez
- 
- 

**2- La personne peut-elle maîtriser certaines situations pouvant être préjudiciables à sa sécurité (ou à celle de ses enfants) lors de ses déplacements (ex : traverser une rue) ?**

Oui  Non

Cette incapacité se manifeste

- En tout temps  Le soir seulement  L'hiver seulement  
 Pour des déplacements non familiers  
 Pour des déplacements trop complexes  
 Avec un ou des enfants de moins de 6 ans  
 Pour des déplacements avec intersection dangereuse  
 De façon intermittente, précisez
- 
- 

**3- La personne peut-elle maîtriser certaines réactions comportementales (ex : impulsivité, agressivité, automutilation) pouvant être préjudiciables à sa sécurité ou à celle des autres lors de ses déplacements ?**

Oui  Non

Si non, cette incapacité est-elle manifeste ?

- En tout temps, précisez \_\_\_\_\_  
 De façon intermittente, précisez \_\_\_\_\_  
 Dans certaines situations, précisez \_\_\_\_\_

La personne présente-t-elle un problème de comportement dont le transporteur devrait être informé advenant son admission ?

Non  Oui, précisez \_\_\_\_\_

**4- Les incapacités identifiées précédemment (questions 1 à 3) sont-elles ?**

Permanentes  Temporaires, pour une durée probable de \_\_\_\_\_

5- *Quel est le diagnostic, inscrit au dossier, en relation avec les incapacités identifiées précédemment ?  
(ex : trisomie 21, schizophrénie, rétinite pigmentaire)*

\_\_\_\_\_

Depuis quand ? \_\_\_\_\_

6- *Si la personne a une déficience du psychisme, est-elle sous médication relativement à cette déficience ?*

Non  Oui

Si oui, ces problèmes sont-ils contrôlés par médication ? Précisez \_\_\_\_\_

7 *Si la personne a une déficience visuelle, précisez :*

Acuité visuelle : vision de loin avec ordonnance (en métrique)

OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_ OU \_\_\_\_\_

Champ visuel : cochez et précisez

Moins de 20°  OD  OG \_\_\_\_\_

Plus de 20°  OD  OG \_\_\_\_\_

De quelle aide à la mobilité la personne a-t-elle besoin ?

Aucune  Aide télescopique  Canne longue de détection (blanche)  Aide électronique

Canne de support (blanche)  Chien-guide  Autre, précisez \_\_\_\_\_

8- *Si la personne est épileptique :*

Indiquer si ce problème est contrôlé par médication :  Oui  Non  Partiellement contrôlé

Si partiellement contrôlé :

- Une médication est présentement à l'essai, précisez \_\_\_\_\_

- Aucune médication ne réussit à contrôler complètement les crises, précisez \_\_\_\_\_

Donner des précisions quant à la nature des crises (types et manifestations) \_\_\_\_\_

Si la personne a des crises sévères (c'est-à-dire avec pertes de conscience ou convulsions), indiquer combien de fois par semaine en moyenne a-t-elle de tels types de crises : \_\_\_\_\_

Effets secondaires de la médication (s'il y a lieu)

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

**9- La personne peut-elle communiquer ?**

- Verbalement       Par symboles  
 Gestuellement       Aucune communication

Autres, précisez (surdité) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SECTION 3 Cette section doit être obligatoirement remplie par le professionnel**

**1- La personne a-t-elle été, est-elle actuellement en traitement ou en r adapation ou prévoit-on l'y inscrire?**

Oui, supervisé par \_\_\_\_\_ N  de téléphone \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Services en cours ou à venir \_\_\_\_\_

Date de début \_\_\_\_\_ Durée probable \_\_\_\_\_ Terminé le \_\_\_\_\_

La personne est-elle ou sera-t-elle en mesure d'utiliser le transport en commun régulier après cette période de traitement ou de r adapation ?

Oui       Non, expliquez pourquoi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2- La personne a-t-elle suivie, suit-elle ou suivra-t-elle un cours en orientation-mobilité, un apprentissage ou une familiarisation (traitement ou thérapie comportementale) en vue de l'utilisation des services de transport en commun régulier ?**

Oui, supervisé par \_\_\_\_\_ N  de téléphone \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

(s'il s'agit d'un autre établissement que celui identifié à la question 1 de la présente section)

Date de début \_\_\_\_\_ Durée probable \_\_\_\_\_ Terminé le \_\_\_\_\_

Si le cours en orientation-mobilité, l'apprentissage ou la familiarisation en vue de l'utilisation s'est soldé par un échec, en expliquez les causes  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Non. Si la personne n'a pas bénéficié d'un cours en orientation-mobilité, d'un apprentissage ou d'une familiarisation et qu'il n'est pas prévu qu'elle en bénéficie, quelles en sont les raisons ?

La personne n'a pas le potentiel pour apprendre ou pour se familiariser, expliquez  
\_\_\_\_\_

- La personne aurait le potentiel pour apprendre ou se familiariser, mais il n'y a pas de transport en commun dans la municipalité
  - Les trajets à effectuer sont trop complexes
  - Les trajets sont considérés comme dangereux
  - Les déplacements à effectuer ne correspondent pas aux trajets offerts par le service de transport en commun régulier
  - Les trajets ne sont pas effectués assez souvent pour maintenir une performance sécuritaire
  - La personne (ou le parent ou le tuteur) refuse. Pour quelles raisons ?
- 

- Aucune demande n'a été faite
  - Autre, précisez
- 

**3- La personne est-elle en mesure d'effectuer certains déplacements en transport en commun régulier sans nécessiter l'aide d'un accompagnateur ?**

- Non, car elle en est incapable
- Non, car ce service n'est pas offert dans le secteur où elle réside
- Oui, tous les déplacements
- Oui, tous les déplacements sauf le soir
- Oui, tous les déplacements sauf l'hiver
- Oui, tous les déplacements sauf lorsque la personne se déplace avec un enfant de moins de six (6) ans dont elle a la charge
- Oui, certains déplacements spécifiques :

Précisez l'origine et la destination de ces déplacements

Origine

Destination

---



---



---



---

**4- Si la personne était admise au transport adapté, ses limitations feraient-elles en sorte qu'elle nécessite l'aide d'un accompagnateur à bord du véhicule ?**

- Non, expliquez \_\_\_\_\_
- 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, expliquez \_\_\_\_\_

Cette personne serait-elle en mesure d'utiliser le transport en commun régulier lorsqu'accompagnée ?

- Oui     Non, expliquez \_\_\_\_\_

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

Oui, quand et expliquez \_\_\_\_\_

Non, expliquez \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

7- *Les informations contenues dans le présent document concernant le diagnostic et l'évaluation des incapacités proviennent-elles ?*

D'une évaluation du requérant. Précisez, s'il y a lieu, le type d'évaluation (ex. : étude de la fonction musculaire et articulaire) auquel a été soumis le requérant

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Du dossier du requérant :  Diagnostic, précisez la date \_\_\_\_\_

Évaluation des incapacités, précisez la date \_\_\_\_\_

Autre, précisez \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8- *S'il y a lieu, veuillez fournir toute autre information ou annexer tout document que vous jugez utile de porter à l'attention du Comité d'admission dans le cadre de la présente demande.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CE FORMULAIRE A ÉTÉ COMPLÉTÉ PAR :**

Nom \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_

No de téléphone \_\_\_\_\_ No de pratique (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que le requérant pourrait se voir refuser le service de transport adapté, ou ne plus avoir accès à ce service s'il est déjà admis.

Signature du professionnel autorisé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Estampille ou sceau  
du professionnel  
ou du centre de réadaptation

**LE CONTENU DU PRÉSENT FORMULAIRE EST PRESCRIT PAR LE M.T.Q.**