



MRC de Montcalm
1540, rue Albert
Sainte-Julienne (Qc) J0K 2T0

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 de Montcalm à l'adresse suivante :

Service du Transport adapté
Comité d'admission
MRC de Montcalm
1540, rue Albert
Sainte-Julienne (Qc) J0K 2T0
Tél : 450-831-2182 ou sans-frais
1-888-242-2412 poste 235 ou 236

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.



MRC de Montcalm
1540, rue Albert
Sainte-Julienne (Qc)
J0K 2T0

DEMANDE D'ADMISSION

Réservé au Comité d'admission

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
- _____

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.

SECTION 1 Incapacités sur le plan physique ou moteur (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.