Transports Québec

Demande d'admission au transport adapté

Centre d'Action Bénévole de Port-Cartier
'' Volet Transport Adapté ''
55 Boulevard du Portage des Mousses
Port-Cartier, Québec
G5B 1C5

Réservé à l'officier d'admission			
Numéro de dossier			
Date de réception de la demande	Année	Mois	Jour

Partie 1 - Renseignements généraux

À remplir par le demandeur, par toute autre personne désignée par celui-ci ou par son représentant légal si le demandeur ne peut agir. **Tout formulaire incomplet ou illisible sera retourné au demandeur, ce qui retardera le traitement de la demande.** La confidentialité de l'information transmise sera respectée en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Cette information sera à l'usage exclusif du comité d'admission.

SECTION 1
Renseignements sur le demandeur

EN LETTRES MOULÉES (OBLIGATOIRE)

Nom de famille				Prénom		
Nom de famille à la naissance (si différent)						
Adresse de résidence	Numéro	Rue			Numéro d'appartement	
Municipalité					Code postal	
Nom de l'établissement où la personne réside (s'il y a lieu)					Numéro de chambre	
Téléphone Résidence	Ind. rég. Numéro		Bureau	Ind. rég. Numéro	Poste	
Cellulaire	Ind. rég. Numéro		Télécopieur	Ind. rég. Numéro		
Adresse courriel						
Date de naissance	Année Mois Jour	Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin		Poids	Taille	
Langue parlée	☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre. Précisez : _____			Autres modes de communication Précisez : _____		

SECTION 2
Questions relatives à l'admission au transport adapté et au type d'accompagnement.

1 Qu'est-ce qui vous amène à présenter une demande d'admission ?

_____

_____

_____

2 **Existe-t-il un service de transport en commun régulier dans votre municipalité ?**

☐ Non ☐ Oui ▶ Si **oui,** êtes-vous en mesure de l'utiliser ?

☐ Non ▶ Veuillez en indiquer les raisons. _____

_____

_____

☐ Oui

☐ Ne sais pas

3 **Si vous êtes admis au transport adapté, aurez-vous besoin de l'aide d'une personne (exemple : repositionnement) à bord du véhicule durant votre déplacement ?**

☐ Non ☐ Oui ▶ Si **oui,** de quelle aide s'agit-il? _____

_____

4 **A. Si vous êtes admis au transport adapté, devrez-vous utiliser une ou des aides à la mobilité durant vos déplacements en transport adapté ?**

☐ Non ☐ Oui

B. Précisez l'aide ou les aides dont il s'agit.

☐ Marchette ▶ ☐ pliante ☐ non pliante

☐ Ambulateur

☐ Canne ▶ Précisez le type : _____

_____

☐ Béquilles

☐ Chien-guide ou d'assistance (certifié par une école reconnue)

☐ Triporteur ou quadriporteur

☐ Fauteuil roulant ▶ ☐ motorisé ☐ manuel rigide ☐ manuel pliant

☐ Autre ▶ Précisez : _____

_____

C. Précisez l'aide que vous utiliserez le plus fréquemment :

_____

_____

D. Avez-vous besoin d'une bonbonne d'oxygène durant vos déplacements en transport adapté?

☐ Non ☐ Oui

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

☐ Non ☐ Oui ▶ Veuillez fournir leurs noms et dates de naissance.

Nom	Prénom	Date de naissance (Année Mois Jour)

SECTION 3
Références et signatures

1 **Y a-t-il une ressource professionnelle autre que celle qui remplira l'attestation des incapacités (partie 2 du formulaire) avec laquelle le comité d'admission pourrait communiquer au besoin afin de faciliter l'analyse de votre dossier ?**

Nom | Prénom

Fonction | Nom de l'établissement (s'il y a lieu)

Téléphone Ind. rég. | Numéro | Poste | Numéro de pratique (s'il y a lieu)

2 **Si le demandeur n'a pas rempli lui-même la présente partie, veuillez indiquer la personne qui l'a fait à sa place.**

Nom | Prénom

Téléphone
Résidence Ind. rég. | Numéro | Bureau Ind. rég. | Numéro | Poste

Cellulaire Ind. rég. | Numéro | Lien avec le demandeur

Nom de l'établissement (s'il y a lieu)

3 **Personne avec qui communiquer en cas d'urgence.**

Nom | Prénom

Téléphone
Résidence Ind. rég. | Numéro | Bureau Ind. rég. | Numéro | Poste

Cellulaire Ind. rég. | Numéro | Lien avec le demandeur

Nom de l'établissement (s'il y a lieu)

Autorisation du demandeur

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. J'autorise le comité d'admission à prendre connaissance de tous les renseignements contenus dans ce formulaire ainsi que de tous les documents joints à l'appui de la présente demande. J'autorise également le comité à communiquer avec la personne indiquée à la question 1 de la présente section, s'il y a lieu, et avec les personnes ayant rempli la partie 2 du formulaire ou toute autre attestation jointe à la demande pour valider l'information reçue ou pour obtenir un complément d'information, si nécessaire. Je comprends que, en cas d'admission, seule l'information nécessaire à mon déplacement, à ma sécurité, et à mon confort sera transmise aux transporteurs qui m'offriront le service.

Signature obligatoire

Signature du demandeur	Signature de la personne autorisée si le demandeur ne peut agir	Date (AAAA-MM-JJ)

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

Partie 2 - Attestation des incapacités (à remplir par le professionnel)

Veuillez vous assurer de bien remplir cette partie, à défaut de quoi le traitement de la demande et, par conséquent, l'accès au service de transport adapté seront retardés.

1 **A. Quel est le diagnostic principal inscrit au dossier qui engendre les incapacités sur le plan de la mobilité ?**

Depuis quand ? _____

Cochez et précisez, s'il y a lieu, la classification médicale du diagnostic sur le plan fonctionnel (niveau, classe, stade) :

- ☐ Déficience intellectuelle ► niveau (léger, moyen, sévère, profond) _____
- ☐ Déficience respiratoire ► classe _____ / V
- ☐ Déficience cardiaque (New York Heart Association) ► classe _____ / IV
- ☐ Maladie de Parkinson (échelle de Hoehn et Yahr) ► stade _____ / V
- ☐ Traumatisme crânio-cérébral ► niveau (léger, modéré, sévère) _____
- ☐ Maladie d'Alzheimer (échelle de Reisberg ou échelle de détérioration globale [EDG]) ► stade _____ / 7
- ☐ Autre ► Précisez : _____

B. Indiquez, s'il y a lieu, tout autre diagnostic en lien avec le besoin de transport adapté.

_____

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

- ☐ Non ► Expliquez : _____
- ☐ Oui ► Indiquez le délai et expliquez : ☐ moins d'un an _____
  - ☐ plus d'un an _____

3 **La personne présente-t-elle l'une des incapacités décrites ci-dessous?**

- ☐ Non ► Passez à la question 11.
- ☐ Oui ► Cochez la ou les incapacités (critères d'admission).
  - ☐ **1.** Marcher 400 mètres sur un terrain uni.
  - ☐ **2.** Monter une marche de 35 cm de hauteur avec appui ou en descendre une sans appui.
  - ☐ **3.** Effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier en raison d'une fatigabilité extrême.
  - ☐ **4.** S'orienter dans le temps.
  - ☐ **5.** S'orienter dans l'espace.
  - ☐ **6.** Maîtriser des situations ou des comportements pouvant être préjudiciables à sa propre sécurité ou à celle des autres.
  - ☐ **7.** Communiquer de façon verbale ou gestuelle. N.B. : cette incapacité ne peut à elle seule être retenue aux fins d'admission.

4 **Dans quelles circonstances les incapacités indiquées à la question 3 se manifestent-elles (s'il y a plus d'une incapacité, veuillez indiquer les chiffres correspondants de la question 3, dans les cases appropriées)?**

☐ En tout temps ☐ L'hiver seulement ☐ Le soir seulement

- ☐ Seulement lorsque la personne est confrontée à certains obstacles géographiques. ► Précisez : _____
- ☐ Seulement lorsque la personne se déplace avec un enfant de moins de 6 ans dont elle a la charge.
- ☐ Lors de déplacements non familiers, trop complexes ou avec intersection dangereuse.
- ☐ Seulement lors de déplacements pour des traitements d'hémodialyse.
- ☐ Dans certaines situations ou de façon intermittente ► Précisez : _____

5 **Questions spécifiques à certaines déficiences ou incapacités : *ne répondre qu'à celles qui s'appliquent à la personne.***

A. Déficience motrice, neurologique ou déficience des organes internes

Précisez, s'il y a lieu, le type d'évaluation fonctionnelle effectuée et le résultat :

Échelle de Berg (équilibre) _____

Autre ▶ Précisez : _____

1) Capacité de marcher sur un terrain uni (précisez)

A) Distance maximale (en mètres) que la personne peut parcourir _____

B) Temps requis pour parcourir cette distance _____

C) Condition de la personne après avoir parcouru cette distance _____

2) Capacité de monter une marche avec appui ou d'en descendre une sans appui (précisez)

A) Hauteur de marche que la personne peut monter avec appui _____

B) Hauteur de marche que la personne peut descendre sans appui _____

C) Limitations rencontrées : amplitude, faiblesse musculaire, douleur, équilibre _____

_____

3) Capacité d'effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier

A) En tout temps ▶ Expliquez : _____

B) De façon intermittente ▶ Expliquez : _____

B. Déficience visuelle (cochez et précisez)

Acuité visuelle :

Vision de loin avec ordonnance (en métrique) :

OD _____ OG _____ OU _____

Champ visuel :

Moins de 20° ▶ ☐ OD _____ ☐ OG _____

Plus de 20° ▶ ☐ OD _____ ☐ OG _____

C. Épilepsie

Indiquez si le problème est contrôlé par médication :

☐ Non ▶ Aucune médication ne réussit à contrôler complètement les crises. Précisez : _____

_____

☐ Oui

☐ Partiellement contrôlé ▶ Précisez depuis quand : _____

Donnez des précisions sur la nature des crises (types et manifestations) et les effets secondaires de la médication (s'il y a lieu) :

_____

_____

Y a-t-il des situations particulières pouvant provoquer des crises ? Oui ▶ Précisez : _____

_____

Si la personne a des crises sévères (c'est-à-dire avec pertes de conscience ou convulsions), indiquez combien de fois par semaine en moyenne elle a de tels types de crises : _____

_____

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

_____

D. Problèmes de santé mentale sévères et persistants (complétez également la section F, s'il y a lieu)

Les incapacités de la personne sont-elles contrôlées par la médication ?

☐ Non ▶ Précisez : _____

_____

☐ Oui

E. Troubles d'ordre cognitif (complétez également la section F, s'il y a lieu)

Précisez si la personne a des problèmes d'ordre cognitif (exemples : compréhension, jugement, mémoire).

F. Problèmes de comportement

En situation de transport, la personne pourrait-elle présenter un problème de comportement (impulsivité, agressivité, automutilation, risque de fugue, etc.) pouvant être préjudiciable à sa sécurité ou à celle des autres passagers dont le transporteur devrait être informé advenant son admission ?

☐ Non

☐ Oui ▶ Indiquez la nature et les manifestations :

▶ Indiquez le type de situations pouvant entraîner ce problème de comportement lié au transport :

G. Problèmes de communication

La personne peut-elle communiquer ?

☐ Verbalement ☐ Par symboles ☐ Troubles importants d'élocution ☐ Gestuellement

☐ Aucune communication ▶ Précisez :

☐ Autre ▶ Précisez :

6

A. Les limitations de la personne nécessitent-elles l'une des aides à la mobilité suivantes pour faciliter ses déplacements en transport adapté ?

☐ Aucune ▶ Passez à la question 7.

☐ Marchette ▶ ☐ pliante ☐ non pliante

☐ Ambulateur

☐ Canne ▶ Précisez le type :

☐ Béquilles

☐ Chien-guide ou d'assistance (certifié par une école reconnue)

☐ Triporteur ou quadriporteur

☐ Fauteuil roulant ▶ ☐ motorisé ☐ manuel rigide ☐ manuel pliant

☐ Autre ▶ Précisez :

B. La personne doit-elle utiliser cette aide ?

☐ En tout temps ☐ À l'occasion

Précisez :

C. Si la personne est en fauteuil roulant manuel, peut-elle se transférer du fauteuil à la banquette d'un véhicule ?

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

D. La personne a-t-elle besoin d'une bonbonne d'oxygène durant ses déplacements en transport adapté?

☐ Non ☐ Oui

7

Si la personne est admise au transport adapté, aura-t-elle besoin de l'aide d'un accompagnateur en raison d'un besoin particulier à bord du véhicule durant le déplacement compte tenu de ses incapacités ?

☐ Non

☐ 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. ▶ Pourquoi :

8 **La personne est-elle inscrite ou a-t-elle été inscrite à un cours en orientation et mobilité, un apprentissage ou une familiarisation (traitement ou thérapie comportementale), ou à une réadaptation en vue de l'utilisation du transport en commun régulier ?**

☐ Non, quelles en sont les raisons ?

☐ La personne n'a pas le potentiel. ▶ Expliquez : _____

☐ La personne a le potentiel, mais il n'y a pas de transport en commun régulier dans la municipalité.

☐ Autre ▶ Précisez : _____

☐ Oui, supervisé par : _____ Téléphone : _____

Nom de l'établissement : _____

Date de début : _____ Durée probable : _____ Terminé le : _____

Si cette démarche s'est soldée par un échec, en expliquer les causes.

_____

_____

9 **A. La personne pourrait-elle effectuer certains déplacements en transport en commun régulier sans nécessiter l'aide d'un accompagnateur ?**

☐ Non ▶ Pourquoi : _____

☐ Oui, pour tous les déplacements.

☐ Oui, sauf en certaines situations. ▶ Précisez : _____

☐ Oui, pour certains déplacements spécifiques ▶ Précisez l'origine et la destination de ces déplacements :

Origine	Destination

B. Cette personne pourrait-elle utiliser le transport en commun régulier lorsqu'elle est accompagnée ?

☐ Non ▶ Expliquez : _____

☐ Oui

10 **L'information contenue dans le présent document concernant le diagnostic et l'évaluation des incapacités provient :**

☐ D'une évaluation du requérant. ▶ Précisez, s'il y a lieu, le type d'évaluation : _____

☐ Du dossier du requérant : ☐ Diagnostic ▶ Précisez la date : _____

☐ Évaluation des incapacités ▶ Précisez la date : _____

☐ Autre ▶ Précisez : _____

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

_____

Estampille ou sceau

Ce formulaire a été rempli par :

Nom, prénom : _____

Fonction : _____

Estampille ou sceau du professionnel ou de l'établissement

Téléphone : _____ Numéro de pratique (s'il y a lieu) : _____

Je certifie que les renseignements fournis sur (indiquez prénom et nom) M. _____ ou

M^me^ _____ sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que la personne requérante pourrait se voir refuser l'admission au transport adapté ou se voir révoquer son admission.

_____ _____

Signature obligatoire Date (AAAA-MM-JJ)

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

LE CONTENU DU PRÉSENT FORMULAIRE EST PRESCRIT PAR LE MINISTÈRE DES TRANSPORTS DU QUÉBEC.