



CRITÈRES D'ADMISSION

A* Être une personne handicapée, c'est-à-dire «TOUTE PERSONNE AYANT UNE DÉFICIENCE ENTRAÎNANT UNE INCAPACITÉ SIGNIFICATIVE ET PERSISTANTE»

Et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.

B* Avoir, sur le plan de la mobilité, des limitations justifiant l'utilisation d'un service de transport adapté.

NOTE: Par conséquent, toute limitation temporaire «exemple: jambe fracturé, une dépression» ne peut faire l'objet d'une demande d'admission.

Vous pouvez consulter la Politique d'admissibilité au transport adapté sur le site internet du ministère des Transports au www.mtg.gouv.qc.ca sous la rubrique-personne ayant des incapacités.

MARCHE À SUIVRE:

PARTIE DU DEMANDEUR PAGE 1 à 3

PAR UN PROFESSIONNEL PAGE 4 à 8

PROFESSIONNEL ASSUJETTI

- * CARDIOLOGUE, PNEUMOLOGUE, OU NEUROLOGUE
- * ERGOTHÉRAPEUTE, UN PHYSIOTHÉRAPEUTE OU UN PHYSIATRE
- * OPTOMÉTRISTE OU OPHTALMOLOGISTE
- * SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE VISUELLE
- * SPÉCIALISTE EN ORIENTATION ET MOBILITÉ
- * PHYSCOLOGUE, PSYCHOÉDUCATEUR OU PSYCHIATRE
- * TECHNICIEN EN ÉDUCATION SPÉCIALISÉE «**AVEC UN DIAGNOSTIC D'UN SPÉCIALISTE**»
- * TRAVAILLEUR SOCIAL «**AVEC UN DIAGNOSTIC D'UN SPÉCIALISTE**»
- * OMPNIPRATICIEN «MÉDECIN GÉNÉRALISTE»
- * INFIRMIER «E»

Une fois rempli, acheminez le formulaire avec **une photo récente**, ainsi qu'une preuve d'âge «1 », photocopie du certificat de naissance, du passeport, de la carte d'assurance maladie ou du permis de conduire à l'adresse suivante:

Transport de personnes
100 Mgr Bilodeau

Saint-Lazare

G0R 3J0

Par courriel : transport@bellechasse.ca

EUL LE PRÉSENT FORMULAIRE EST CONSIDÉRÉ COMME VALIDE POUR UNE DEMANDE D'ADMISSION AU TRANSPORT ADAPTÉ



RÉSERVÉ À L'OFFICIER D'ADMISSION

Numéro dossier			
Date	Année	Mois	Jour
Réception			

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.

VOUS DEVEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

SECTION 1

EN LETTRES MOULÉES OBLIGATOIRES

DEMANDEUR

NOM PRÉNOM

--	--

ADRESSE:

NUMÉRO RUE/RANG APP. MUNICIPALITÉ CODE POSTAL

--	--	--	--	--

TÉLÉPHONE

RÉSIDENCE CELLULAIRE BUREAU/OU PERSONNE RESPONSABLE

--	--	--

COURRIEL

--

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE MOIS JOUR SEXE POIDS

--	--	--	--	--

LANGUE PARLÉE

FRANÇAIS ANGLAIS AUTRE

--	--	--

SECTION 2

QUESTION RELATIVE À L'ADMISSION

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

--

2* Êtes-vous capable d'utiliser un autre moyen de transport autre que le transport adapté? «auto, fourgonnette, etc.»

SEUL	OUI	NON	OCCASIONNEL
AVEC UN ACCOMPAGNATEUR	OUI	NON	OCCASIONNEL

--	--	--

3* Si vous êtes admis au transport adapté, à bord du véhicule, aurez-vous besoin de l'aide d'une personne autre que le conducteur?

OUI	NON	OCCASIONNEL
-----	-----	-------------

--	--	--

4* Devrez-vous utiliser une ou des aides à la mobilité durant vos déplacements en transport adapté?

OUI	NON	OCCASIONNEL
-----	-----	-------------

--	--	--

PRÉCISEZ

MARCHETTE
AMBULATEUR
CANNE/TYPE
CHIEN-GUIDE

PLIANTE
TRIPORTEUR OU QUADRI.
BÉQUILLES
AUTRE
FAUTEUIL MANUEL PLIANT
MANUEL RIGIDE
MOTORISÉ
GROS, ALLONGER

PRÉCISEZ L'AIDE QUE VOUS UTILISEREZ LE PLUS FRÉQUEMMENT À BORD DU VÉHICULE:

--

AVEZ-VOUS BESOIN D'UNE BONBONNE D'OXYGÈNE DURANT VOS DÉPLACEMENTS EN TRANSPORT ADAPTÉ? SI OUI, VOUS DEVEZ AVOIR UN ACCOMPAGNATEUR QUI EN CONNAÎT LE FONCTIONNEMENT.

OUI

--

NON

--

LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE PEUT-ELLE RESTER SEULE À LA RÉSIDENCE?

OUI

--

NON

--

AVEZ-VOUS DES ENFANTS ÂGÉS DE MOINS DE 14 ANS DONT AVEZ LA CHARGE?

OUI

--

NON

--

VEUILLEZ FOURNIR LEURS NOMS ET DATES DE NAISSANCE.

NOM	PRÉNOM	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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
FONCTION	ÉTABLISSEMENT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TÉLÉPHONE	BUREAU	CELLULAIRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
FONCTION	ÉTABLISSEMENT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TÉLÉPHONE	BUREAU	CELLULAIRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3* PERSONNE AVEC QUI COMMUNIQUER EN CAS D'URGENCE

NOM	PRÉNOM	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
LIEN AVEC LE DEMANDEUR		
<input type="text"/>		
TÉLÉPHONE	BUREAU	CELLULAIRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 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 ya 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 qu'en cas d'admission, seule l'information nécessaire. à mon déplacement, à ma sécurité et mon confort sera transmise aux conducteurs.

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

SIGNATURE OBLIGATOIRE

Demandeur

Personne autorisée si le demandeur ne peut agir

Date

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 SERA RETARDÉ.

1*	A	Quel est le diagnostic principal inscrit au dossier qui engendre les incapacités sur le plan de la mobilité? <u>Et le diagnostic est obligatoire pour votre évaluation.</u>	_____
		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 _____
		Déficience cardiaque (New York Heart Association)	classe _____
<input type="checkbox"/>		Maladie de Parkinson (échelle de Hoehn et Yahr)	classe _____
<input type="checkbox"/>		Traumatisme, crânio-cérébral	niveau (léger, modéré, sévère) _____
<input type="checkbox"/>		Maladie d'Alzheimer (échelle de Reisberg ou de détérioration globale (EDG)	stade _____
<input type="checkbox"/>		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?		
<input type="checkbox"/>	Non	Expliquez: _____	
<input type="checkbox"/>	Oui	Indiquez le délai et expliquez: _____	

3*	La personne présente-t-elle l'une des incapacités décrites ci-dessous?		
<input type="checkbox"/>	Non	Passez à la question 10	
<input type="checkbox"/>	Oui	cochez la ou les incapacités (critères d'admission)	
	<input type="checkbox"/>	1, marcher 400 mètres sur un terrain uni. (sans aide)	
	<input type="checkbox"/>	2, incapable de monter une marche de 35 cm et en descendre avec appui.	
	<input type="checkbox"/>	3, effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en raison d'une fatigabilité extrême	
	<input type="checkbox"/>	4, s'orienter dans le temps	
	<input type="checkbox"/>	5, s'orienter dans l'espace	
	<input type="checkbox"/>	6, maîtriser des comportements, pouvant être préjudiciables à sa sécurité ou des autres	
	<input type="checkbox"/>	7, communiquer de façon verbale ou gestuelle <	
Note (7) 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, précisez:

Seulement lorsque la personne se déplace avec un enfant de moins de 6 ans dont elle a la charge

Lors de déplacements trop complexes ou dangereux

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. Déficiences 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 un 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 autre que le transport adapté

A) En tout temps, --> expliquez: _____

B) De façon intermittente --> expliquez: _____

B. Déficience visuelle (cochez et précisez)

Activité visuelle

vision de loin avec ordonnance (en métrique)

<input type="text"/>	OD	<input type="text"/>	OG	<input type="text"/>	OU
----------------------	----	----------------------	----	----------------------	----

Champ visuel

moins de 20

plus de 20

<input type="text"/>	OD	<input type="text"/>	OG
<input type="text"/>	OD	<input type="text"/>	OG

C. Épilepsie

Indiquez si le problème est contrôlé par médication

Non --> aucune médication ne réussit à contrôler complètement les crises

Oui | Partiellement contrôlé --> depuis quand:

Donnez des précisions sur la nature des crises (types et manifestations) et les effets secondaires de la médication:

Y a-t-il des situations particulières pouvant provoquer des crises? Si oui, --> précisez.

Si la personne a des crises sévères (c'est-à-dire avec perte de conscience ou convulsions), indiquez la fréquence, 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. Problème 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?

<input type="checkbox"/>	Verbalement	<input type="checkbox"/>	Par symboles
<input type="checkbox"/>	Gestuellement	<input type="checkbox"/>	Troubles importants d'élocution
<input type="checkbox"/>	Aucune communication, précisez: _____		
<input type="checkbox"/>	Autre, précisez: _____		

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

<input type="checkbox"/>	Non, même avec l'aide d'une personne
<input type="checkbox"/>	Oui, sans aide
<input type="checkbox"/>	Oui, avec l'aide d'une personne

LA RÉSIDENCE DE LA PERSONNE EN FAUTEUIL ROULANT EST-ELLE ADAPTÉE (RAMPE D'ACCÈS)

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------	-----	--------------------------	-----

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

Non --> pourquoi:

Oui, pour tous les déplacements.

Oui, sauf en certaines situations, --> précisez:

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

☐ Non --> expliquez: _____

☐ Oui

9* 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: _____

10* Depuis combien de temps traitez-vous ou offrez-vous des services à cete personne? _____

CE FORMULAIRE A ÉTÉ REMPLI PAR:

Nom, prénom: _____

Fonction: _____

Téléphone: _____

Numéro de pratique: _____

Courriel: _____

**Estampille ou sceau du
professionnel ou de
l'établissement**

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR (INDIQUEZ PRÉNOM ET NOM) M. OU MME
_____ SONT EXACTS.

**EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION, JE COMPRENDS QUE LA PERSONNE REQUÉRANTE POURRAIT SE VOIR REFUSER
L'ADMISSION AU TRANSPORT ADAPTÉ OU VOIR RÉVOQUER SON ADMISSION.**

Signature obligatoire

Date (AAAA-MM-JJ)