

TYPE DE DEMANDE

Permanente

Temporaire du /..... /..... au /..... /.....

Dans le cadre d'une demande liée à une invalidité temporaire, merci de bien vouloir faire compléter le formulaire « avis médical » par votre médecin traitant ou spécialiste.

SITUATION

Handicap sensoriel visuel

Handicap moteur

En cas de handicap moteur, quel matériel utilisez-vous ?

Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique

Dimensions :

Nous vous précisons que pour être transporté, votre fauteuil doit pouvoir être installé en toute sécurité dans nos véhicules.

Canne Déambulateur

Renseignements complémentaires susceptibles de nous être utiles pour vous transporter :

CONDITIONS D'ACCÈS AU SERVICE

• Etes-vous titulaire d'une carte d'invalidité avec taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% ou d'une carte CMI (Carte Mobilité Inclusion) Invalidité ? oui non

Date limite de validité de votre carte : /..... /.....

La CMI se substitue depuis le 1er janvier 2017 aux cartes d'invalidité. Vous pouvez bénéficier d'une CMI invalidité

- si votre taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80%;

- si vous êtes classé en 3ème catégorie de la pension d'invalidité de la sécurité sociale.

Les bénéficiaires de cartes d'invalidité peuvent les utiliser jusqu'à la fin de leur validité.

• Etes-vous titulaire d'une carte d'invalidité portant la mention cécité ?

oui non

Date limite de validité de votre carte : /..... /.....

• Etes-vous bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) avec une perte d'autonomie de niveau GIR 3 ou 4 ?

oui non

VOS DÉPLACEMENTS :

• Motifs des déplacements * :

Pour quels types de déplacements pensez-vous faire appel à nos services ?

Travail Formation Démarches administratives Achats Loisirs

Autres (préciser)

• Périodicité et tranches horaires* :

A quelle fréquence et à quelles heures pensez-vous faire appel à nos services ?

Périodicité :

Plus de 3 fois par semaine

1 fois par semaine

1 fois par mois

Moins d'1 fois par mois

* Cette demande est indicative. Nous ne limiterons pas votre accès au service à ces motifs et horaires.

Lieu de prise en charge préféré :
(si différent du domicile)

Lieu de décharge préféré :

ACCOMPAGNEMENT

Votre situation implique-t-elle la présence obligatoire d'un accompagnateur :

oui non

Si oui, la présence de cette personne est indispensable à la prise en charge et pendant tout le trajet. A défaut, l'accès au service vous sera refusé. Pour les enfants de moins de 10 ans, la présence d'un accompagnateur adulte est systématique et obligatoire.

Nom et coordonnées de l'accompagnateur obligatoire :

Mme M.

Nom : Prénom :

Adresse du domicile :

Code Postal : Ville :

Tél : 0262..... / 069.....

Email :

Voyagez-vous avec un chien accompagnateur : oui non