Demande d'admission au transport adapté

STLEVIS.CA

Comité d'admission
Service du transport adapté

Politique d'admission du Ministère des Transports et de la Mobilité durable

Territoire desservi par la Société de transport de Lévis

1. 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.**

Par conséquent, toute limitation temporaire (exemple : jambe fracturée) 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.mtq.gouv.qc.ca sous la rubrique Personnes ayant des incapacités.

2. Procédure

Partie 1 : à remplir par le **demandeur** (personne qui utilise le transport adapté).

Partie 2 : à remplir par un **professionnel du réseau de la santé ou du réseau scolaire** selon le type de diagnostic du demandeur. À titre indicatif, consultez le tableau ci-dessous pour vous aider.

TYPES DE DIAGNOSTIC

Motrice ou organique, pour les personnes en fauteuil de façon permanente : ergothérapeute, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, physiatrie.

Classe, stade, niveau, soit pulmonaire, cardiaque, Parkinson, Alzheimer, T.C.C. ou autre: spécialiste, ergothérapeute, physiothérapeute, cardiologue, pneumologue.

Dans tous les autres cas : ergothérapeute, physiothérapeute, ou thérapeute en réadaptation physique.

Déficience intellectuelle / T.S.A.: éducateur spécialisé, enseignant en adaptation scolaire, psychoéducateur, travailleur social.

Déficience visuelle : optométriste, spécialiste en orientation et mobilité, intervenants en réadaptation pour déficience visuelle.

Déficience du psychisme : ergothérapeute, toute personne œuvrant dans le domaine de la déficience du psychisme. Psychiatre

Autres professionnels de la santé :
- Infirmière
- Neurologue
- Omnipraticien (médecin généraliste)
- Psychologue

Envoyez votre formulaire rempli, photo et preuve d'âge[1] à l'adresse suivante :

Service du transport adapté
Société de transport de Lévis
1100, rue St-Omer
Lévis, (Québec)
G6V 6N4

Assurez-vous de joindre à votre demande :

- ☐ Formulaire rempli et **signé**
- ☐ Preuve d'âge[1] (photocopie de la carte d'assurance maladie ou du certificat de naissance)
- ☐ Une (1) photo récente de format passeport **identifiée à l'endos**

[1] Une preuve d'âge est exigée pour l'attribution de l'accompagnement pour responsabilités parentales, la gratuité pour les enfants en bas âge et l'octroi de tarifs réduits pour les étudiants et les personnes âgées de 65 ans et plus.

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

Transports Québec

Demande d'admission au transport adapté

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

EN LETTRES MOULÉES (OBLIGATOIRE)

Renseignements sur le demandeur

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		J'accepte de recevoir des renseignements ou des offres de la part de mon organisme de transport adapté.	Oui ☐ Non ☐
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 <u>autre que celle qui remplira l'attestation des incapacités</u> (partie 2 du formulaire) avec laquelle le comité d'admission pourrait communiquer <u>au besoin</u> 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

☐ Aucune ► 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. ► _____

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

☐ Autre ► _____

☐ Oui, supervisé par : _____ Téléphone : _____

Nom de _____

Date de _____ 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 ?**

_____

Ce formulaire a été rempli par :

Nom, prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Estampille ou sceau du professionnel ou de l'établissement ⇨

Estampille ou sceau

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

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 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.

ANNEXE 1
Renseignements supplémentaires requis

Nom : _____

Prénom : _____

Comité d'admission
Service du transport adapté

Politique d'admission du Ministère des Transports et de la Mobilité durable
Territoire desservi par la Société de transport de Lévis

*** Doit obligatoirement être rempli par un professionnel de la santé ***

Si la personne était admise au transport adapté, ses limitations feraient-elles en sorte qu'elle nécessite l'assistance d'un responsable à destination?

☐ **La personne n'est pas autonome** et ne peut rester seule sans surveillance à aucune adresse (ex.: incapacité à s'orienter seule, incapable de demander de l'assistance au besoin, risque de fugue, etc.) Le chauffeur assistera le client jusqu'à la porte accessible, le fera entrer et devra s'assurer qu'un responsable prenne en charge la personne avant de quitter les lieux (quelqu'un devra toujours être présent lors de l'arrivée du véhicule).

☐ **La personne est autonome,** le chauffeur peut la laisser seule à destination à toutes les adresses (ex.: le client peut attendre seul à destination quelqu'un qui viendrait le rejoindre). Le chauffeur assistera le client jusqu'à la porte accessible, le fera entrer et quittera par la suite.

À remplir si la personne est ambulante et/ou utilise un fauteuil roulant manuel :

S.v.p. cochez les différentes positions dans lesquelles les capacités du client lui permettraient d'être transporté* dans chacun des véhicules suivantes :

* Être transporté signifie se transférer seul sur la banquette du véhicule, prendre et conserver la position assise durant tout le transport et ressortir du véhicule.

Véhicule taxi régulier de type intermédiaire (berline)
Hauteur moyenne entre le seuil de la porte et le sol : 356 mm (14 pouces)

Véhicule taxi de type mini fourgonnette (sans plateforme hydraulique)
Hauteur moyenne entre le seuil de la porte et le sol : 508 mm (20 pouces)

Dérogation de gardiennage : Déclaration et identification du responsable

- J'atteste que cet usager est suffisamment autonome pour être laissé seul et sans gardiennage. Par conséquent, je demande à la Société de transport de Lévis de ne pas exiger la présence d'une personne qui assumerait sa prise en charge :

☐ À toute destination demandé

☐ Seulement au domicile (une seule adresse résidentielle principale sera acceptée).

Adresse du domicile : _____

- Je m'engage à informer la Société de transport de Lévis de toute modification à cette déclaration.

Personne responsable :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. au travail : _____

- J'autorise la Société de transport de Lévis à consulter toute autre personne ayant un lien avec le requérant et la présente demande.

_____ _____

Signature du parent ou responsable Date (JJ / MM / AAAA)

ANNEXE 2
Renseignements supplémentaires requis

Nom : _____ Prénom : _____

Si le client est en fauteuil roulant «pliant», est-ce qu'il est capable de se «transférer lui-même» de son fauteuil au siège du véhicule.

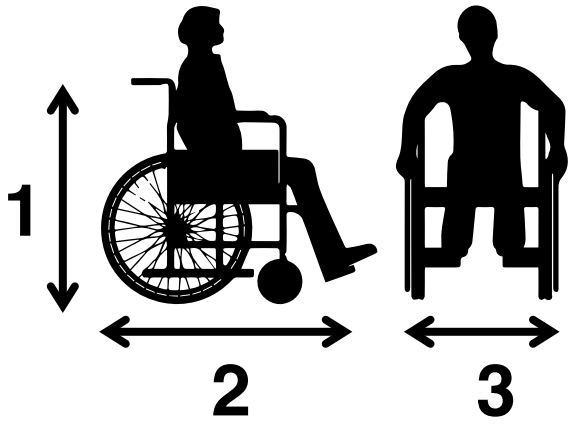
☐ **Oui, transférable** ☐ **Non, incapacité à se transférer**

Fauteuil roulant, quadriporteur ou triporteur du client

*** Champs obligatoires**

*** Marque :** _____

*** Modèle :** _____



*** 1) Hauteur maximale :** _____
(du sol à l'élément le plus haut)

*** 2) Longueur hors-tout :** _____
(maximum 1295 mm (51 ½ po))

*** 3) Largeur hors-tout :** _____
(maximum 787 mm (33 po))

Poids maximal de 340 kg (750 lbs) incluant la personne.
Quatre (4) points d'ancrage obligatoires.

*** Ceinture et points d'ancrage obligatoires sur le fauteuil.**

Triporteurs et quadriporteurs

Pour utiliser un quadriporteur ou un triporteur, le client ne peut pas demeurer assis sur son équipement pendant le trajet à bord. Ainsi, il doit être capable d'effectuer lui-même le transfert de son quadriporteur ou triporteur au siège du véhicule sans autre aide à la mobilité. Effectuer un simple pivot n'est pas suffisant.

La personne est-elle en mesure d'effectuer le transfert de façon autonome?

☐ **Oui** ☐ **Non**

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.

Nom du professionnel autorisé : _____

Signature du professionnel autorisé : _____ **Date :** _____
JJ / MM / AAAA

*** Merci de nous contacter si vous changez de fauteuil S.V.P.**

Comité d'admission
Service du transport adapté

Politique d'admission du Ministère des Transports et de la Mobilité durable

Territoire desservi par la Société de transport de Lévis