

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION AU TRANSPORT ADAPTÉ

Marche à suivre par 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 orientation-mobilité;
  - 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 deux parties dûment remplies, acheminer le formulaire au comité d'admission du service de transport adapté de votre territoire.

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 DEVRA ÊTRE RETOURNÉ AU REQUÉRANT. LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE S'EN VERRA RETARDÉ.**

PLUMobile –Organisateur de déplacements  
30, rue Ste-Marguerite  
Beaupré (Québec) G0A 1E0  
[Info@plumobile.ca](mailto:Info@plumobile.ca)

Téléphone : (418) 827-8484  
Sans frais : 1-866-824-1433  
Télécopieur : (418) 827-5065

## DEMANDE D'ADMISSION

<b>Réservé au Comité d'admission</b>			
N° 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.

**N.B. : Tout formulaire incomplet ou illisible devra être retourné au requérant.  
VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE EN LETTRE MOULÉES (OBLIGATOIRE)**

<b>(1) – Identification de la personne</b>							
Nom de la personne				prénom			
Adresse de		no.	Rue	No d'appartement			
résidence : code postal							
Municipalité				code postal			
Nom de l'établissement où la personne réside (s'il y a lieu)							
No de		résidence		bureau			
téléphone :							
Date de		année	mois	jour	sexe	poids	taille
Naissance :							
				<input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin		

(2) Quelle est votre principale déficience ? \_\_\_\_\_

Depuis quand? \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres déficiences ? Préciser : \_\_\_\_\_

(3) Quels sont les problèmes causés par cette (ces) déficience (s) qui vous amènent 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 \_\_\_\_\_

(4) **A** – Quelle aide utilisez-vous **régulièrement** pour faciliter vos déplacements à l'extérieur ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accompagnateur            | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel rigide                       |
| <input type="checkbox"/> Marchette                 | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel pliant                       |
| <input type="checkbox"/> Canne                     | <input type="checkbox"/> Canne longue de détection (blanche)                  |
| <input type="checkbox"/> Canne de support blanche  | <input type="checkbox"/> Béquille   |
| <input type="checkbox"/> Chien-guide               | <input type="checkbox"/> Chien d'aide   |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé | <input type="checkbox"/> Triporteur   |
| <input type="checkbox"/> Quadri porteur            | <input type="checkbox"/> Autre (orthèses, autre type de fauteuil...) précisez |

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

**B** – Si l'utilisation d'une de ces aides n'est qu'occasionnelle, préciser de quelle aide il s'agit et dans quelles circonstances vous l'utilisez ?

---

---

(5) S'il existe un service de transport en commun régulier dans votre municipalité, pouvez-vous l'utiliser ?

- Non, veuillez en indiquer les raisons \_\_\_\_\_
- Oui Avez-vous besoin d'être accompagné :  Toujours     Occasionnellement  
 Jamais

(6) Avez-vous des enfants âgés de moins de 14 ans dont vous avez la charge ?

- Non  
 Oui, (Indiquer le(s) nom(s) et date de naissance) \_\_\_\_\_

---

(7) Si vous étiez admis au transport adapté, nécessiteriez-vous une aide particulière à bord du véhicule (durant le voyage) ?

- Non     Oui, laquelle ? \_\_\_\_\_
- Pourquoi ? \_\_\_\_\_

(8) Êtes-vous capable de communiquer ?

- Verbalement     Gestuellement     Par symboles     Aucune communication
- Autre, préciser \_\_\_\_\_

---

(9) Faites-vous usage ?

- D'un télescripteur       Non       Oui
- D'un autre appareil de communication       Non       Oui, préciser \_\_\_\_\_

(10) Y a-t-il une ressource professionnelle **autre que celle qui remplira l'attestation des incapacités** (formulaire ci-joint) que le Comité d'admission pourrait contacter au besoin afin de faciliter l'analyse de votre dossier ?

Nom \_\_\_\_\_ Fonction \_\_\_\_\_

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

N° de téléphone \_\_\_\_\_ N° de pratique (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

**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)	

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 dans 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. Préciser.

- 
- Oui, sauf lorsqu'elle se déplace avec un enfant de moins de 6 ans dont elle a la charge
  - Non, incapable en tout temps
  - Non, incapable de façon intermittente. Préciser : \_\_\_\_\_

---

Préciser la distance (en mètre) 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 6 ans dont elle a la charge
- Non, incapable en tout temps de :  monter avec appui ou  descendre sans appui.  
Préciser (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, expliquer \_\_\_\_\_

Oui, de façon intermittente  
expliquer \_\_\_\_\_

Si cette incapacité ne concerne que les déplacements pour les traitements de dialyse, le préciser.

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 ? \_\_\_\_\_

Préciser, 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     Béquille

Fauteuil roulant manuel     Quadri porteur     Canne     Chien d'aide

Autre (orthèses, autre type de fauteuil), préciser \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La personne doit-elle utiliser cette aide  en tout temps     à l'occasion

Préciser \_\_\_\_\_

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 passez 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, préciser
- 
- 

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, préciser
- 

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

Sinon, cette incapacité est-elle manifeste ?

En tout temps, préciser \_\_\_\_\_

De façon intermittente, préciser \_\_\_\_\_

Dans certaines situations, préciser \_\_\_\_\_

La personne présente-t-elle un problème de comportement dont le transporteur devrait être informé advenant son admission ?

Non     Oui, préciser \_\_\_\_\_

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, préciser :

Acuité visuelle : vision de loin avec ordonnance (en métrique) OD \_\_\_\_\_ OG \_\_\_\_\_ OU \_\_\_\_\_

Champ visuel : cocher et préciser

**Moins de 20°**  **OD**  **OG** \_\_\_\_\_

**Plus de 20°**  **OD**  **OG** \_\_\_\_\_

De quel type d'aide à la mobilité la personne a-t-elle besoin ?

Aucune  Aide télescopique  Canne longue de détection (blanche)  Aide électronique

**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, préciser \_\_\_\_\_

Aucune médication ne réussit à contrôler complètement les crises, préciser \_\_\_\_\_

---

Donner des précisions quant à la nature des crises (types et manifestations).

---

Effets secondaires de la médication (s'il y a lieu)

---

Expliquer, 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, préciser (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 réadaptation ou prévoit-on l'y inscrire ?

Oui, supervisé par \_\_\_\_\_ no de téléphone \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Service en cours ou à venir \_\_\_\_\_

Dante 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 réadaptation ?

Oui  Non, préciser \_\_\_\_\_

Non, expliquer pourquoi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2- La personne a-t-elle suivi, suit-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 \_\_\_\_\_ no de téléphone \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

(S'il s'agit d'un autre établissement que celui identifié à la section 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 expliquer 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, expliquer

\_\_\_\_\_

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, préciser
- 

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 6 ans dont elle la charge
- Oui, certains déplacements spécifiques :

Préciser 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, expliquer \_\_\_\_\_
- Non, si certaines mesures sont mises en place pour pallier les problèmes de comportement en cours de déplacement, expliquer \_\_\_\_\_
- Oui, temporairement à des fins de familiarisation pour une période de \_\_\_\_\_
- Oui, en tout temps, expliquer \_\_\_\_\_

Cette personne serait-elle en mesure d'utiliser le transport en commun régulier lorsqu'accompagnée ?

- Oui     Non, expliquer \_\_\_\_\_
- 

5- L'état de la personne laisse-t-elle entrevoir une récupération possible ?

- Oui, quand et expliquer \_\_\_\_\_
- Non, expliquer \_\_\_\_\_

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. Préciser, 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, préciser la date \_\_\_\_\_

Évaluation des incapacités, préciser la date \_\_\_\_\_

Autre, préciser \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_ N° de pratique (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Je vous 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**