

DEMANDE D'INSCRIPTION

TRANSPORT DE PROXIMITÉ DES PERSONNES À MOBILITÉ RÉDUITE ET DES PERSONNES AGEES DE 75 ANS ET PLUS

Dossier à renvoyer au Centre Intercommunal d'Action sociale - Service de transport de personne à mobilité réduite - 146 rue Président Doumer – 33500 Libourne
courriel : transportpmr@lacali.fr – 05.24.24.21.68

Identité du demandeur :

Situation de famille : Marié Divorcé(e) Couple Célibataire Veuf (ve)

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal : Commune :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel :

Nom et Prénom d'un parent, d'un aidant ou du représentant légal (si mineur) :

.....

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Pour les personnes en situation de « majeur protégé » :

Nom de l'organisme : Téléphone :

Pièces à joindre à la demande d'adhésion :

- ❖ Une photocopie d'une pièce d'identité ;
- ❖ Un justificatif de domicile de la personne souhaitant bénéficier du service ;
- ❖ La photocopie de tout document justificatif (carte d'invalidité, carte de priorité personne handicapée, carte Européenne de stationnement, avis médical pour les personnes de – de 75 ans en perte d'autonomie provisoire...).

CADRE ADMINISTRATIF – AVIS PRESCRIPTEUR (Mairie, CCAS, PLIE, Mission locale, MDSI, Autres)

Commune : Demande déposée :/...../.....

Etat de l'environnement de la personne :

.....

Avis prescripteur :

Signature et cachet :

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION (CIAS)

Décision communautaire

ACCORD DEFINITIF :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
AVIS PROVISOIRE :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Jusqu'au
REFUS :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Visa du service de Transport de personnes à mobilité réduite du CIAS du Libournais – Signature :

Merci de bien vouloir compléter la partie 1 ou 2 en fonction de la situation de la personne qui souhaite utiliser le service TPRM :

1- PERSONNES AGEES DE 75 ANS OU PLUS ET PERSONNES A MOBILITE RDUITE

Etes-vous en possession :

- D'une carte d'invalidité D'une carte de priorité personne handicapée
 D'une carte Européenne de stationnement D'une autre carte

Renseignements sur les éventuelles contraintes liées au transport :

- Utilisez-vous des béquilles Oui Non
Utilisez-vous un déambulateur - rollator Oui Non
Utilisez-vous un fauteuil roulant électrique Oui Non - Un fauteuil roulant manuel Oui Non

- Etes-vous : Malvoyant Non-voyant
Vous déplacez-vous avec un chien guide : Oui Non

Devez-vous être accompagné lors de vos déplacements : Oui Non

Si oui : prévoir un accompagnateur de votre connaissance lors de la réservation

Difficultés particulières (à préciser) :

.....
.....

Motif principal des déplacements envisagés :

- Loisirs Courses Rendez-vous médicaux Démarches administratives
 Autre(s) :

Services dont bénéficie le demandeur :

- Auxiliaire de Vie Oui Non Portage de repas Oui Non
Soin à domicile Oui Non Télé assistance Oui Non
Autre (à préciser) :

Informations sur le logement :

- Votre lieu de prise en charge est-il facilement accessible ? Oui Non
Si non pourquoi ?

2- AUTRES USAGERS – PERTE D'AUTONOMIE OU DE MOBILITE MOMENTANEE

Pourquoi sollicitez-vous ce service de transport

.....

Devez-vous être accompagné lors de vos déplacements : Oui Non

Quels moyens de transport utilisiez-vous jusqu'à présent :

- Voiture (conducteur) Voiture (passager) 2 roues Transports en commun A pied Taxis
 Autre (à préciser)

Je certifie l'exactitude des renseignements énoncés ci-dessus et accepte la communication de mes données personnelles.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'utilisation du service et accepte le règlement intérieur.

Fait à Le Signature du bénéficiaire ou du représentant légal

Les divers renseignements figurant sur le présent formulaire feront l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisés que pour la gestion de votre dossier et vos demandes de transport. Conformément à la loi 78/17 du 6 janvier 1978 vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression de ces données.