



## 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](http://www.mtq.gouv.qc.ca) sous la rubrique Personnes ayant des incapacités.

## 2 Marche à suivre

- A. Partie 1 :** à remplir par le demandeur.
- B. Partie 2 :** à remplir par un professionnel du réseau de la santé ou du réseau scolaire qui a accès au diagnostic du demandeur.

Exemples :

- un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un physiatre;
- un thérapeute en réadaptation physique;
- un technicien en éducation spécialisée;
- un omnipraticien (médecin généraliste);
- un cardiologue, un pneumologue ou un neurologue;
- un infirmier;
- un optométriste ou un ophtalmologiste;
- un spécialiste en réadaptation en déficience visuelle;
- un spécialiste en orientation et mobilité;
- un psychologue, un psychoéducateur ou un psychiatre;
- un travailleur social.

- C. Une fois rempli, acheminez le formulaire avec une photo récente à l'adresse suivante:**

MRC de D'Autray  
Service de transport  
153, rue St-Gabriel  
Ville Saint-Gabriel (Québec)  
J0K 2N0

**SEUL LE PRÉSENT FORMULAIRE EST CONSIDÉRÉ COMME VALIDE POUR UNE  
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**

**Renseignements sur le demandeur**

**EN LETTRES MOULÉES (OBLIGATOIRE)**

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	Ind. rég.	Numéro			Bureau	Ind. rég.	Numéro		Poste
Résidence									
Cellulaire	Ind. rég.	Numéro			Télécopieur	Ind. rég.	Numéro		
Adresse courriel									
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe		Poids		Taille	
				<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin					
Langue parlée	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	Autres modes de communication						
	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez :		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  Triporteur ou quadriporteur  
 Ambulateur  Fauteuil roulant ►  motorisé  
 Canne ► Précisez le type : \_\_\_\_\_  manuel rigide  
\_\_\_\_\_  manuel pliant
- Béquilles  Autre ► Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Chien-guide ou d'assistance  
(certifié par une école reconnue) \_\_\_\_\_

**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 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									
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		Ind. rég.	Numéro		Bureau		Ind. rég.	Numéro		Poste									
Résidence																			
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		Ind. rég.	Numéro		Bureau		Ind. rég.	Numéro		Poste									
Résidence																			
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)

Veillez 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 familiaux, 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

Autre ► 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. ► Expliquez : \_\_\_\_\_

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

Autre ► Précisez : \_\_\_\_\_

Oui, supervisé par : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ 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 ?**

Estampille ou sceau

Ce formulaire a été rempli par :

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de pratique (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Estampille ou sceau  
du professionnel ou  
de l'établissement

Je certifie que les renseignements fournis sur (indiquez prénom et nom) M. \_\_\_\_\_ ou  
M<sup>me</sup> \_\_\_\_\_ 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.**

