

## DEMANDE DE SERVICE HANDI-TRANSIT

### Informations importantes sur Handi-Transit

Handi-Transit est un service de transport porte à porte, accessible aux personnes handicapées. Les candidats peuvent être admissibles au service Handi-Transit s'ils résident dans les limites de la ville de Cornwall et s'ils ont un handicap qui les empêche d'utiliser un service de transport en commun à plancher bas, en partie ou en tout temps.

**Les opérateurs** Handi-Transit assisteront les passagers de la porte extérieure du lieu de ramassage, à la porte extérieure du lieu de débarquement.

**Les autobus conventionnels (réguliers)** sont tous accessibles aux fauteuils roulants et disposent de l'équipement (y compris des rampes d'accès, des entrées sans marches et des étages bas) pour aider les personnes handicapées. Nous encourageons l'indépendance des clients en leur offrant une carte d'assistance pour une personne qui veut les accompagner. Ceci répond à leur désir d'utiliser le système de bus régulier et n'affecte d'aucune façon l'inscription au Handi-Transit. Le service de transit conventionnel peut être une meilleure option pour ceux qui souhaitent une plus grande indépendance et flexibilité.

### **Une carte d'assistance n'est pas nécessaire pour accompagner les clients à bord du Handi-Transit**

Tous les opérateurs de bus de transport en commun ont reçu une formation spécialisée visant la meilleure façon d'aider les personnes ayant un handicap.

Cornwall Transit opère également le « Community Service Bus », qui est entièrement accessible et qui dessert les centres commerciaux, les résidences pour personnes âgées, l'hôpital et certains centres médicaux.

### Admissibilité au Handi-Transit

Vous pourriez être admissible en raison d'un handicap visuel, sensoriel, cognitif ou physique pour une période à court ou à long terme. L'invalidité seule ne crée pas d'éligibilité. La décision est fondée sur la capacité fonctionnelle du demandeur d'utiliser le transport en commun conventionnel à plancher bas. Il ne s'agit ni d'une décision médicale, ni du revenu ou de l'âge du demandeur. L'indisponibilité du service de transport en commun conventionnel ne constitue pas une éligibilité.

Tous les renseignements personnels sur votre demande sont confidentiels et uniquement utilisés dans le but de déterminer l'admissibilité à Handi-Transit. Ils sont également protégés en vertu de la loi sur l'accès à l'information et la protection et / ou de la loi sur la protection des informations relatives à la santé.

Veillez compléter cette demande soigneusement et sans rien oublier. L'éligibilité sera basée sur les informations fournies dans ce formulaire et le service sera fourni à ceux qui ont le plus grand besoin fonctionnel du service accessible de Handi-Transit.

Cornwall Transit tente d'offrir le service au plus grand nombre possible de clients enregistrés et approuvés. En raison de disponibilité et de demande croissante des services, tous les déplacements ne seront pas accommodés.

## **Comment faire demande:**

Cette demande en deux parties (partie A par le demandeur et partie B par un professionnel de la santé) doit être dûment complétée, signée par vous et votre professionnel de la santé. La demande dûment remplie doit être retournée à Cornwall Transit.

**Cornwall Transit examinera votre demande dûment remplie dans les 14 jours suivant sa réception. Votre niveau d'éligibilité sera déterminé par Handi-Transit en fonction des informations fournies dans la demande. Toute information incomplète ou peu claire sur les parties A et B du formulaire retardera le processus de demande ou sera refusée.**

Si nous avons besoin d'informations supplémentaires sur la façon dont votre handicap affecte l'utilisation des services réguliers à itinéraire fixe ou à plancher surbaissé de Cornwall Transit, il se peut que nous devions parler à votre professionnel de la santé.

Vous devrez peut-être renouveler votre demande au besoin pour assurer que les informations d'admissibilité sont à jour.

Une fois approuvée, une carte d'enregistrement et un dépliant d'information vous seront envoyés.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec Cornwall Transit au 613-930-2636.

**IMPORTANT: Ces deux pages d'information font partie de la demande. S'il vous plaît les garder jointes.**

À l'usage de l'organisation

**PARTIE A**



Handi-Transit

Nouvelle demande N° de client: \_\_\_\_\_

Renouvellement Date de réception: \_\_\_\_\_

**CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE REQUÉRANT**

Nom: \_\_\_\_\_ Homme [ ] Femme [ ]  
(Nom de famille) (Prénom) (Second prénom)

Adresse: \_\_\_\_\_  
(Numéro) (Rue) (App.)  
\_\_\_\_\_  
(Ville) (Code postal)

Tél. (dom.): ( ) \_\_\_\_\_ Tél. (cell.): ( ) \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MOIS JOUR ANNÉE

Personne à contacter en cas d'urgence.

Nom : \_\_\_\_\_ Tél. (dom.): ( ) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. (cell.): ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lien avec le requérant: \_\_\_\_\_

1) Veuillez cocher les aides primaires à la mobilité que vous utiliserez lorsque vous ferez des trajets avec Handi-Transit.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel        | <input type="checkbox"/> <b>N'est pas applicable</b>                           |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé      | <input type="checkbox"/> Canne   |
| <input type="checkbox"/> *Scooter électrique            | <input type="checkbox"/> Canne blanche   |
| <input type="checkbox"/> Marchette                      | <input type="checkbox"/> Bouteille d'oxygène                                   |
| <input type="checkbox"/> Béquilles                      | <input type="checkbox"/> Animal d'assistance (joindre une copie du certificat) |
| <input type="checkbox"/> *Fauteuil roulant de transport | <input type="checkbox"/> Autre _____   |

\* Doit être capable d'effectuer le transfert à un siège d'autobus sans aide, pour mesure de sécurité du transport.

2) Veuillez décrire les obstacles environnementaux ou physiques qui affectent votre capacité d'utiliser le transport en commun conventionnel à plancher fixe et à plancher bas.

\_\_\_\_\_

3) À quelle distance se trouve l'arrêt de bus le plus proche de votre domicile? \_\_\_\_\_

4) Votre maison a-t-elle des marches à l'extérieur de la porte de ramassage?  
Oui [ ] Non [ ] si oui combien : \_\_\_\_\_

Avez-vous besoin d'assistance pour monter ou descendre ces marches? \_\_\_\_\_

**Remarque:** les opérateurs de Handi-Transit fourniront une assistance à partir des portes accessibles du bâtiment (pas plus d'une marche) lorsque cela sera demandé.

5) Avez-vous besoin d'une exemption de ceinture de sécurité?

Oui [ ] Non [ ]

**Si oui**, pour des raisons de sécurité: Tous les passagers Handi-Transit sont tenus de porter une ceinture de sécurité/une bandoulière, sauf sous exemption médicale. Dans ce cas, nous aurons besoin d'une lettre du médecin incluse avec l'application.

6) Si vous utilisez un fauteuil roulant, indiquez ces dimensions extérieures.

Largeur du fauteuil roulant: \_\_\_\_\_ Longueur du fauteuil roulant: \_\_\_\_\_

**Note Importante:**

- Tous les ascenseurs pour fauteuils roulants mesurent 30 "de large x 50" de long. (76cm x 127cm)

- Le poids combiné maximal du passager et du fauteuil roulant ne doit pas excéder 363 kg (800 lb).

**Pour la sécurité des passagers, tout fauteuil roulant dépassant ces mesures ou ce poids ne peut être accommodé.**

7) Toutes les aides à la mobilité doivent être maintenues en bon état de fonctionnement pour pouvoir être transportés.

i. Est-ce que votre fauteuil roulant/scooter est muni d'une ceinture abdominale? **Oui [ ] Non [ ]**

ii. Est-ce que votre fauteuil roulant est muni de repose-pieds? **Oui [ ] Non [ ]**

**En signant ci-dessous, je fais cette déclaration solennelle en croyant consciencieusement qu'elle est fidèle à ma connaissance. J'autorise par la présente mon professionnel de la santé à divulguer toute information qui pourrait être nécessaire pour établir mon admissibilité au service Handi-Transit.**

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

8) Si vous n'êtes pas le requérant mais avez rempli la demande en son nom, vous devez fournir les renseignements suivants :

Votre nom: \_\_\_\_\_ Relation avec le requérant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. (jour) : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

J'atteste que l'information fournie est exacte à ma connaissance

## À COMPLÉTER PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

## PARTIE B

Le (la) requérant(e) du service Handi-Transit nommé(e) à la partie A vous demande de fournir des renseignements sur sa capacité d'utiliser le service courant à parcours déterminé de Cornwall Transit.



Handi-Transit

Veillez lire les informations sur les deux premières pages ainsi que la partie A fournie par le demandeur.

**À NOTER:** Handi-Transit n'est pas un service destiné aux personnes qui éprouvent parfois des difficultés d'utiliser le service à itinéraire fixe du transport en commun régulier pour remplacer l'automobile de quelqu'un.

Remplissez et signez la partie B en vous basant uniquement sur l'aptitude ou l'incapacité du demandeur à utiliser le transport en commun conventionnel en partie ou en tout temps.

Les personnes handicapées seraient généralement considérées comme éligibles au service Handi-Transit si, en utilisant le service de transport en commun régulier de Cornwall Transit à couloir fixe, leur santé était mise en danger ou si cette tentative était susceptible de causer des blessures.

Les informations que vous fournissez nous permettront d'évaluer la demande et de fournir le service approprié. Merci de votre coopération dans ce domaine. Sachez que des informations incomplètes ou peu claires peuvent être renvoyées pour clarification.

Tous les changements ou information supplémentaire sont la responsabilité du demandeur. Si vous avez des questions sur les services de transport en commun conventionnel ou Handi-Transit, veuillez nous contacter au 613-930-2636.

1. J'ai lu la Partie A intégrale. Oui [ ] Non [ ]
2. Veuillez indiquer votre méthode de communication préférée si nous avons besoin d'informations supplémentaires et/ou de clarifications? \_\_\_\_\_
3. Est-ce que le requérant a besoin d'un service de transport assisté par conducteur en raison de la nature de son incapacité? Oui [ ] Non [ ]
4. Quel est le diagnostic du candidat et comment l'handicap l'empêche-t-il d'utiliser les services de transport en commun conventionnels ?

5. Depuis combien de temps connaissez-vous le (la) requérant(e)? \_\_\_\_\_
6. Quelle cote d'admissibilité correspond mieux au handicap du demandeur :

[ ] admissibilité inconditionnelle [ ] admissibilité temporaire [ ] admissibilité conditionnelle

7. L'invalidité du demandeur fluctue-t-elle parfois d'un jour à l'autre ou avec des conditions environnementales, pour l'empêcher d'utiliser des autobus conventionnels?

Oui [ ] Non [ ] Parfois [ ] si oui, quels sont les obstacles :

\_\_\_\_\_

8. D'après les caractéristiques accessibles des véhicules de Cornwall Transit (énumérés à la page 1), le demandeur est-il en mesure de prendre place à bord du transport en commun conventionnel?

Oui [ ] Non [ ] Si non, expliquer pourquoi: \_\_\_\_\_

9. Pensez-vous que le demandeur a besoin d'une personne de soutien pour répondre à ses propres besoins tout en voyageant dans l'autobus, pour des raisons de santé et/ou de sécurité ?

Oui (ne peut pas voyager seul) [ ] Non [ ] Parfois [ ]

Expliquer pourquoi: \_\_\_\_\_

Selon vous, quelle est la durée estimée pendant laquelle le demandeur aura besoin du service Handi-Transit?

Mois: \_\_\_\_\_ année: \_\_\_\_\_

**À noter:** Si le demandeur a besoin de notre service pendant sa réadaptation et que l'adresse est différente de celle de son domicile, veuillez nous indiquer l'adresse temporaire et la durée de la réadaptation si elle dépasse 3 mois.

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel de santé

\_\_\_\_\_  
Date mm/jj/aaaa

**L'adresse du demandeur pendant sa réadaptation:**

Nom: \_\_\_\_\_  
(caractères d'imprimerie S.V.P.)

Tél. : ( ) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
(n° et nom de rue) Ville Province Code postal

**Profession** (cochez une)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin autorisé                       | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute / ergothérapeute agréé                                |
| <input type="checkbox"/> Psychologue certifié                   | <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne   |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste certifié de la rééducation | <input type="checkbox"/> seulement dans une maison de soins infirmiers ou soins de longue durée |

**NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION**

Veuillez retourner la présente demande (Parties A et B) à l'auteur de la demande ou envoyez les deux parties, dûment remplies à : Admissibilité à Handi-Transit, 863, rue Second Ouest, Cornwall (Ontario) K6H 1H5; tél. : 613-930-2636; téléc. : 613-932-9906 [www.cornwalltransit.ca](http://www.cornwalltransit.ca)