

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION AU SERVICE D'AIDE A LA MOBILITE SAMIBUS

## Fiche de renseignements

Photo identité

Nom -Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Téléphone portable : .....

Téléphone fixe : .....

Adresse email : .....

**Cochez les cases qui vous correspondent :** (cocher les cases correspondantes)

Etes-vous en capacité d'utiliser le bus/car ?  Oui  Non

Difficulté à me déplacer en bus/car ?  Oui  Non

Quels problèmes rencontrez-vous pour utiliser le bus/car ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arrêt de bus/car trop loin du domicile                         | <input type="checkbox"/> Manque de place dans le bus/car                         |
| <input type="checkbox"/> Pas d'arrêt de bus/car proche de la destination                | <input type="checkbox"/> Difficulté à me déplacer dans le bus/car                |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à monter et à descendre du bus/car (marches)        | <input type="checkbox"/> Méconnaissance du réseau (arrêts, lignes, destinations) |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à obtenir des informations à l'intérieur du bus/car | <input type="checkbox"/> Horaires inadaptés (trop d'attente,...)                 |
| <input type="checkbox"/> Autre.....   |  |

Vous déplacez-vous en fauteuil roulant ?  Oui manuel  Oui électrique  Non

A quels horaires vous déplacez-vous généralement ? .....

.....

Avez-vous bénéficié d'une aide pour remplir ce dossier de demande d'accès au SAMIBUS ?  Oui  Non

Si oui, merci de bien vouloir indiquer le nom et le numéro de téléphone de la personne :

Nom -Prénom : .....

Téléphone portable : .....

**J'atteste sur l'honneur accepter pleinement le règlement de service**

A : ....., le : .....

Signature

# Certificat médical

L'accès au service SAMIBUS est réservé aux personnes en situation de perte d'autonomie ou en situation de handicap qui sont dans l'impossibilité d'utiliser le bus/car.

## IDENTITE DE LA PERSONNE

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Sexe :  Femme  Homme Né(e) le : ..... / ..... / .....

## NATURE DU HANDICAP

Moteur, préciser : .....

Sensoriel, préciser : .....

Autre handicap invisible (cognitif, mental, intellectuel, psychique), préciser : .....

Trouble de santé chronique invalidant, préciser : .....

Polyhandicap, préciser : .....

## DUREE DU HANDICAP INVALIDANT

Permanente  Temporaire - Durée prévisionnelle : .....

## NATURE DES DIFFICULTES RENDANT DIFFICILE OU IMPOSSIBLE L'UTILISATION DU BUS/CAR

Ostéoarticulaires, préciser : .....

Neurologiques, préciser : .....

Cardiovasculaires, préciser : .....

Respiratoires, préciser : .....

Troubles de l'orientation et/ou de la mémoire, préciser : .....

Troubles du comportement, préciser : .....

Troubles de l'équilibre, préciser : .....

Troubles visuels, préciser : .....

Autre, préciser : .....

PERIMETRE DE MARCHÉ : ..... mètres (environ).

Distance (approximative) entre le domicile et l'arrêt de bus/car le plus proche : ..... mètres

Nom de l'arrêt : .....

STATION DEBOUT possible pendant un temps limité ?

Oui durée (approximative) : .....  Non

FRANCHISSEMENT DE MARCHES possible ?

Oui  Non

**APPAREILLAGE**

- Fauteuil manuel     Fauteuil électrique
- 1 canne     2 cannes
- Déambulateur
- Autre appareillage permanent (exemples : dispositif respiratoire, sonde à demeure, prothèse...) :

.....  
.....

**BESOINS PARTICULIERS LIES AU TRANSPORT**

La personne peut être transportée en compagnie d'autres voyageurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La personne est-elle en capacité de se préparer et de se rendre sur l'espace public et d'attendre le transport SAMIBUS devant son domicile ? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La personne nécessite une aide pour monter ou descendre du véhicule	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La personne nécessite un accompagnateur en cours de transport (appareillage, trouble du comportement...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La personne nécessite une assistance médicale en cours de transport (appareillage, trouble du comportement...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**NIVEAU DE GIR :**

- GIR 1     GIR 2     GIR 3     GIR 4

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES** utiles à l'étude du dossier

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné, .....,  
constate que Monsieur / Madame .....  
paraît être ainsi dans l'impossibilité d'utiliser le bus/car et certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier.

NOM du médecin : .....

Fait à : ....., le .....

Signature

Cachet

<sup>1</sup> Le transport SAMIBUS réalise une prise en charge uniquement en porte à porte sur l'espace public et n'a pas vocation à rentrer sur la propriété ni dans le domicile du bénéficiaire ni même de l'assister dans sa préparation.

# Administration du dossier

## Cadre réservé à EPN

Date réception dossier services EPN : .....

Date de traitement du dossier : .....

Dossier conforme et complet :  OUI  NON

Commentaire : .....

.....

.....

.....

## Cadre réservé à la CIS

Date passage en CIS : .....

Avis de la Cis sur l'accès au service :  Favorable  Défavorable

Commentaire : .....

.....

.....

.....

## Cadre réservé à EPN

Avis d'EPN sur l'accès au service :  Favorable  Défavorable

Commentaire : .....

.....

.....

Date de réponse au demandeur : .....

Observations : .....

.....

.....

## Cadre réservé à TU

Date de réception du dossier : .....

Date inscription au service : .....

N° adhérent : .....