



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

1 Qu'est-ce qui vous amène à présenter une demande d'admission ?

---



---



---

### SECTION 3

#### Références et signatures

<b>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 ?</b>									
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)			

<b>2 Si le demandeur n'a pas rempli lui-même la présente partie, veuillez indiquer la personne qui l'a fait à sa place.</b>									
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)									

<b>3 Personne avec qui communiquer en cas d'urgence.</b>									
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.*

Objet : Autorisation pour la communication de renseignements personnels dans le cadre d'une demande d'admission au transport collectif

---

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Par la présente, vous autorisez le comité d'admission au transport collectif de la MRC Beauce-Centre, à consulter votre demande d'admission et advenant le cas les documents médicaux qui s'y rattachent ainsi qu'à demander des précisions aux professionnels de la santé concernés si nécessaire.

Les informations contenues au dossier, transmises au comité et vérifiées auprès de professionnels sont exclusivement rattachés à la demande et seules les informations pertinentes à la demande d'admission au transport collectif sont visés par cette autorisation de communiquer.

	J'autorise	Je refuse
Formulaire de demande d'admission initiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Formulaire de modification à la demande d'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documents médicaux rattachés à la demande d'admission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorisation de communiquer avec les professionnels cités à la demande et aux documents médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spécification au besoin : \_\_\_\_\_

---

---

Dans objectif suivant seulement : Dépôt d'une demande d'admission au transport collectif ou demande de modification au transport collectif.



# Annexe de renseignement au transport collectif

Veillez noter qu'Accès-Transport Beauce-Centre offre un service de transport collectif accessible à tous en utilisant les places disponibles dans les véhicules du service de transport adapté.

Les personnes non admissibles au transport adapté peuvent en bénéficier si leur point de départ et leur destination se trouvent sur l'itinéraire prévu du véhicule.

Ce service est offert sur demande, selon les réservations reçues et la disponibilité des véhicules.

Comme les places sont limitées et dépendent de l'occupation du transport adapté, leur disponibilité n'est pas garantie.

## Facturation :

- Le demandeur s'occupe seule de sa facturation .
- Un tiers est désigné pour s'occuper de la facturation.

Nom et prénom de la personne responsable :

# de téléphone :

Adresse ou courriel pour la facturation :


## Informations supplémentaires :

Merci d'indiquer ci-dessous toutes particularités en lien avec le service de transport qui se rapportent à la personne concernée. Par exemple : Mal des transports, troubles de comportement, forte corpulence pour assurer le confort de tous, etc.

En signant ce document, j'atteste avoir pris connaissance de tous les éléments importants et d'avoir fourni une information juste et claire pour assurer un service de qualité.

Signature

Date de la signature

MM

JJ

AA