

Formulaire d'inscription de l'utilisateur Transport bénévole et accompagnement

IDENTIFICATION DE L'USAGER / USAGÈRE

Madame

Monsieur

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

N° téléphone

Résidence : _____

Cellulaire : _____

Adresse électronique : _____

Date de naissance : _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX DÉPLACEMENTS

Transport adapté **spécifiez votre numéro de dossier** : _____

Transport collectif **spécifiez le service demandé** :

Transport scolaire

Comité de bénévoles **spécifiez la municipalité** : _____

Veillez compléter l'annexe 1 Transport bénévole et accompagnement seulement

Quelle est la fréquence de vos besoins en transport :

Tous les jours (jours de semaine)

Quelques jours par semaine

Quelques jours par mois

Selon mes rendez-vous médicaux

Au besoin, uniquement

Avez-vous besoin d'accompagnement?

Oui

Non

Quels sont vos besoins particuliers (rendez-vous à l'extérieur, ...): _____

Réservé à l'administration

Numéro de dossier : _____

Date de réception : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Madame

Monsieur

Prénom : _____ Nom : _____

Lien avec le requérant : _____

N° téléphone Résidence : _____

Bureau : _____

Mobile : _____

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts.

Je consens que toute fausse déclaration peut entraîner le refus de mon inscription ou la révocation de celle-ci.

Je consens à utiliser le service de transport dans le respect de ses modalités et ses règlements.

Signature : _____ Date : _____

Veuillez retourner le formulaire dûment complété et signé à l'adresse suivante :

**MRC de La Haute-Côte-Nord
Transport adapté et collectif
26, rue de la Rivière, bureau 101
Les Escoumins (Québec) G0T 1K0**

Avis de confidentialité :

Les renseignements personnels sont traités d'une manière confidentielle et ils sont protégés. Ce document est strictement réservé à l'usage de la personne ou de l'entité à qui il est adressé.

BILAN PERSONNEL

Administrez-vous seul (e) vos biens?

- Oui
 Non

Si non, quelle est la personne qui voit à la gestion de vos biens : _____

BILAN DE SANTÉ

En fonction du service de transport bénévole et accompagnement demandé, avez-vous des problèmes de santé particuliers qui mériteraient d'être portés à notre attention :

Avez-vous des problèmes de mobilité?

- Oui
 Non

Si oui, à quel niveau se situe votre difficulté à la mobilité?

- Marcher
 Monter des escaliers
 Autres *Veillez spécifier* : _____

Avez-vous besoin d'une aide à la mobilité?

- Oui Canne Déambulateur Marchette
 Non

Avez-vous des difficultés de communication?

- Oui déficience visuelle déficience auditive difficulté d'élocution
 Non

Avez-vous des difficultés au niveau des fonctions cognitives?

- Oui mémoire (court terme) mémoire (long terme)
 orientation autres : _____

Non