



VEUILLEZ COCHER LES CASES APPROPRIÉES

NOUVELLE DEMANDE D'ADMISSION

DEMANDE DE RÉVISION

Admission

Accompagnement

RÉSERVÉ AU COMITÉ D'ADMISSION

Numéro de dossier

Date de réception de la demande

A	M	J

COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE?

Le Comité d'admission doit disposer de toutes les informations requises afin de statuer sur l'admissibilité de la personne requérante (ci-après appelée demandeur) et de lui conférer le type d'admission et d'accompagnement appropriés.

Tout formulaire incomplet ou illisible sera retourné au demandeur, et le traitement de la demande sera retardé d'autant. En cas de fausse déclaration, l'admissibilité pourra être refusée ou révoquée.

Les renseignements fournis demeurent confidentiels et à l'usage exclusif du Comité d'admission. Seuls les renseignements requis pour assurer la sécurité et le confort de la personne admise seront communiqués au transporteur.

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Cette partie doit être remplie par le demandeur, ou par son représentant légal, ou par toute autre personne désignée si le demandeur ne peut le faire soi-même. Il importe de bien répondre à toutes les questions.

Le demandeur, ou son représentant légal, doit obligatoirement signer ce document à la page 3.

PARTIE 2 – DIAGNOSTIC

Cette partie touche les diagnostics posés pour chaque type de déficience et peut seulement être remplie par un membre de l'une des professions indiquées sur le feuillet approprié. Si le demandeur a plus d'une déficience, chacun des feuillets correspondants devra être rempli.

PARTIE 3 – PROBLÈME DE COMPORTEMENT ET ÉPILEPSIE

Pour des considérations relatives à la sécurité des usagers, il est essentiel que nous disposions de toute l'information pertinente à propos des problèmes de comportement du demandeur qui pourraient se manifester en situation de transport adapté.

Si le demandeur est épileptique, vous devez fournir toute l'information demandée à la page 12.

DOCUMENTS À JOINDRE À LA PRÉSENTE DEMANDE

Vous devez obligatoirement joindre à votre demande :

- Une photo format passeport
- Une preuve de naissance (photocopie d'un certificat de naissance ou de la carte d'assurance-maladie)

Vous pouvez joindre, en annexe, tout rapport ou renseignement supplémentaire relatif à votre admissibilité ou à vos déplacements en transport adapté.

FAIRE PARVENIR AU :

Service de transport adapté
Comité d'admission
3111, rue Jarry Est
Montréal (Québec)
H1Z 2C2

APRÈS L'ANALYSE DU DOSSIER, LE COMITÉ D'ADMISSION DÉTERMINERA L'ADMISSIBILITÉ
DU DEMANDEUR ET LUI COMMUNIQUERA SA DÉCISION PAR ÉCRIT.

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

IMPORTANT

POUR QUE VOTRE DEMANDE SOIT ACHEMINÉE AU COMITÉ D'ADMISSION, VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE CERTIFICAT DE NAISSANCE OU DE VOTRE CARTE D'ASSURANCE-MALADIE ET UNE PHOTO FORMAT PASSEPORT.

DANS QUELLE LANGUE SOUHAITEZ-VOUS RECEVOIR VOTRE DOCUMENTATION? Français Anglais

Cette partie doit être remplie par le demandeur, ou par son représentant légal, ou par toute autre personne désignée si le demandeur ne peut le faire soi-même. Il importe de bien répondre à toutes les questions.

1 — Identité du demandeur • EN LETTRES MOULÉES SVP •

Nom		Prénom	
Adresse résidentielle			Code d'entrée (s'il y a lieu)
App.	Municipalité	Code postal	Téléphone ()
Adresse postale (si différente)			App.
Municipalité		Code postal	
Nom de l'établissement résidentiel du demandeur (s'il y a lieu)			
Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	Poids	Taille
		Date de naissance	
		A	M
		J	

2 — Quelle est votre principale déficience?

3 — Avez-vous d'autres déficiences?

Non Si oui, lesquelles? _____

4 — Cochez les incapacités qui vous amènent à présenter une demande d'admission au transport adapté, et précisez si elles sont permanentes, saisonnières, intermittentes ou temporaires.

	Permanent	Saisonnier	Intermittent	Temporaire	Durée probable
Problème à la marche					
Problème d'endurance					
Problème visuel					
Problème de mémoire					
Problème d'orientation					
Problème de comportement					
Problème de langage ou d'élocution					
Problème de surdité ou d'audition					

Précisez _____

5 — Quelle(s) aide(s) à la mobilité utilisez-vous régulièrement pour faciliter vos déplacements à l'extérieur?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accompagnateur
<input type="checkbox"/> Marchette pliante <input type="checkbox"/> non-pliante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Canne longue de détection
<input type="checkbox"/> Canne de support blanche
<input type="checkbox"/> Béquilles
<input type="checkbox"/> Chien-guide
<input type="checkbox"/> Chien d'assistance
<input type="checkbox"/> Canne, précisez le type _____
<input type="checkbox"/> Autres aides techniques utilisées pendant les déplacements; précisez _____ | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel* (pliable)
Précisez le modèle _____
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé*
Précisez le modèle _____
<input type="checkbox"/> Triporteur, quadriporteur*
Précisez le modèle _____
<input type="checkbox"/> Autre type de fauteuil, précisez _____
<input type="checkbox"/> Poussette d'enfant
Précisez le modèle _____ |
|--|---|

Si l'emploi de ces aides n'est qu'occasionnel, précisez dans quelles circonstances

** Pour des raisons de sécurité, tout fauteuil roulant (manuel ou motorisé) doit être muni de quatre points d'ancrage qui permettent de le fixer sécuritairement au plancher du véhicule adapté.*

6 — Utilisez-vous un des services réguliers du transport en commun?

- Autobus** Non
 Oui, sans être accompagné
 Oui, toujours accompagné
 Oui, occasionnellement accompagné

- Métro** Non
 Oui, sans être accompagné
 Oui, toujours accompagné
 Oui, occasionnellement accompagné

Si vous avez répondu **Non**, indiquez les raisons.

7 — Avez-vous des enfants âgés de moins de 14 ans dont vous avez la charge?

Non Oui

Nom	Prénom	Date de naissance
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

8 — Si vous étiez admis au transport adapté, une aide particulière **à bord du véhicule vous serait-elle nécessaire ?**

Non Oui Laquelle? _____

9 — Êtes-vous capable de communiquer verbalement?

Non Oui Expliquez _____

Utilisez-vous un appareil pour faciliter vos communications?

Oui Non Télécopieur Téléscripateur Internet
 Autre appareil, précisez _____

10 — Si le demandeur n'a pas rempli cette section soi-même, veuillez identifier la personne qui l'a fait à sa place.

Nom	Prénom	
No téléphone résidentiel	Bureau	No poste
Lien avec le demandeur	Nom de l'établissement (s'il y a lieu)	

11 — Personne à contacter en cas d'urgence

Nom	Prénom	
No téléphone résidentiel	Bureau	No poste
Cellulaire/Télé-avertisseur	Lien avec le demandeur	
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)		

AUTORISATION (Signature obligatoire)

Je certifie que les renseignements donnés sont exacts. J'autorise toute autre personne ayant un lien avec moi à titre d'aidant ou d'intervenant du réseau de la santé et des services sociaux à communiquer à la STM, à la demande de cette dernière, toute information relative à cette demande d'admission au service de transport adapté ou toute information qu'elle jugera nécessaire d'obtenir afin d'assurer mon confort et ma sécurité, ainsi que ceux des autres usagers de la STM. De plus, j'autorise la STM à communiquer les renseignements personnels et nécessaires me concernant aux organismes de transport adapté qui assureront mes déplacements métropolitains, ainsi qu'à l'Agence métropolitaine de transport (AMT) à titre d'organisme responsable du projet d'intégration des services de transport adapté.

 Signature du demandeur ou de son représentant légal

Date

A	M	J

PARTIE 2 – DIAGNOSTIC DE LA DÉFICIENCE VISUELLE

Cette partie doit être remplie par un optométriste, un ophtalmologiste, ou encore par un professionnel d'un centre en déficience visuelle, à la lumière d'un diagnostic existant.

Si le demandeur a plus d'une déficience, il doit également faire remplir les sections relatives aux autres déficiences qui le concernent (intellectuelle, psychique, motrice ou organique, selon le cas).

1 – Diagnostic médical ou problématique

2 – Acuité visuelle : vision de loin avec ordonnance (*en métrique*)

Champ visuel : cochez et précisez OD _____ OG _____ OU _____

Moins de 20° OD _____ OG _____ Plus de 20° OD _____ OG _____

3 – Origine de la déficience

Anomalie congénitale

Accidentelle (Date d'apparition)

A	M	J

Maladie (Date d'apparition)

A	M	J

4 – Le demandeur a-t-il de la difficulté à s'orienter ou à maîtriser des situations pouvant être préjudiciables à sa sécurité ou à celle de ses enfants?

Non Oui, en tout temps

Oui, à certains moments ou en certaines circonstances. Précisez _____

5 – Les incapacités du demandeur entraînent-elles des limitations sur le plan de la mobilité?

Non Oui Expliquez _____

6 – Le demandeur est-il épileptique ? Non Oui

*Si vous avez répondu **Oui**, vous devez remplir la section **ÉPILEPSIE** à la page 12.*

7 – Les incapacités du demandeur entraînent-elles des problèmes de comportement?

Non Oui

*Si vous avez répondu **Oui**, vous devez remplir la section **PROBLÈME DE COMPORTEMENT** à la page 12.*

8 – L'état du demandeur laisse-t-il entrevoir un rétablissement possible?

Non Oui Quand ? _____

Expliquez _____

9 – Le demandeur a-t-il déjà suivi un cours en orientation et en mobilité?

Si oui, indiquez l'endroit _____ Année _____ Durée _____

Résultats

Si non, pourquoi? _____

Programme à prévoir

Restrictions (*âge, problème associé*)

10 — Veuillez indiquer toute autre information que vous jugez utile de porter à l'attention du Comité d'admission (annexez tout document au besoin).

11 — Diagnostic posé par :

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que le demandeur pourrait se voir refuser le service de transport adapté, ou ne plus avoir accès à ce service s'il est déjà admis.

Depuis combien de temps offrez-vous des services à cette personne? _____

Estampille ou
sceau du professionnel
ou numéro de permis



Nom	Fonction						
Signature obligatoire							
Téléphone							
Date de l'examen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					
Formulaire rempli le	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					

Si cette partie a été remplie par une personne autre que celle qui a posé le diagnostic :

Nom	Fonction						
Signature obligatoire							
Téléphone							
Date de l'examen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					
Formulaire rempli le	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					

PARTIE 2 – DIAGNOSTIC DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Cette partie doit être remplie par un psychiatre, un psychologue, un médecin, ou par un professionnel d'un centre de réadaptation en déficience intellectuelle, à la lumière d'un diagnostic existant.

Si le demandeur a plus d'une déficience, il doit également faire remplir les sections relatives aux autres déficiences qui le concernent (visuelle, psychique, motrice ou organique, selon le cas).

1 – Diagnostic médical ou problématique

2 – Précisions concernant le degré d'incapacité

Difficultés associées

Problème de mobilité Non Oui Expliquez _____

Problème d'orientation dans le temps Non Oui Expliquez _____

Problème d'orientation dans l'espace Non Oui Expliquez _____

Problème relatif à sa sécurité personnelle Non Oui Expliquez _____

Problème de comportement Non Oui

Si vous avez coché **Oui au dernier point, vous devez remplir la section **PROBLÈME DE COMPORTEMENT** à la page 12.**

3 – Le demandeur est-il épileptique ? Oui Non

Si vous avez répondu **Oui, vous devez remplir la section **ÉPILEPSIE** à la page 12.**

4 – Cette personne maîtrise-t-elle les habiletés de base, telles que s'habiller seule et manger sans aide ?

Oui Non

Expliquez _____

5 – Cette personne a-t-elle suivi un programme d'apprentissage du réseau de transport régulier ?

Si oui, indiquez l'endroit _____ Année _____ Durée _____

Résultats

_____ (Joindre le rapport d'apprentissage, s'il y a lieu)

Si non, pourquoi? _____

Programme à prévoir

Date de début

Durée probable

A	M	J

Restrictions (âge, problème associé) _____

6 – Déplacements effectués de façon autonome

Ne s'applique pas Oui, dans certains cas

Si oui, lesquels? _____

7 — Veuillez indiquer toute autre information que vous jugez utile de porter à l'attention du Comité d'admission (annexez tout document au besoin).

8 — Diagnostic posé par :

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que le demandeur pourrait se voir refuser le service de transport adapté, ou ne plus avoir accès à ce service s'il est déjà admis.

Depuis combien de temps offrez-vous des services à cette personne? _____

Estampille ou
sceau du professionnel
ou numéro de permis



Nom	Fonction						
Signature obligatoire							
Téléphone							
Date de l'examen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					
Formulaire rempli le	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					

Si cette partie a été remplie par une personne autre que celle qui a posé le diagnostic :

Nom	Fonction						
Signature obligatoire							
Téléphone							
Date de l'examen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					
Formulaire rempli le	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					

PARTIE 2 – DIAGNOSTIC DE LA DÉFICIENCE PSYCHIQUE

Cette partie doit être remplie par un psychiatre, un psychologue, un médecin, ou par un professionnel d'un centre hospitalier psychiatrique, à la lumière d'un diagnostic existant.

Si le demandeur a plus d'une déficience, il doit également faire remplir les sections relatives aux autres déficiences qui le concernent (visuelle, intellectuelle, motrice ou organique, selon le cas).

1 – Diagnostic médical ou problématique

2 – Depuis quand ?

3 – Les manifestations de cette déficience se présentent de façon

Continue Intermittente Précisez _____

Les manifestations sont-elles maîtrisées par médication? Oui Non Précisez _____

4 – La déficience du demandeur entraîne-t-elle des limitations sur le plan de la mobilité ?

Non Oui Précisez _____

Difficultés associées

Problème d'orientation dans le temps Non Oui Expliquez _____

Problème d'orientation dans l'espace Non Oui Expliquez _____

Problème relatif à sa sécurité personnelle Non Oui Expliquez _____

Problème de comportement Non Oui

Si vous avez coché **Oui au dernier point, vous devez remplir la section **PROBLÈME DE COMPORTEMENT** à la page 12.**

5 – Le demandeur est-il épileptique ? Oui Non

Si vous avez répondu **Oui, vous devez remplir la section **ÉPILEPSIE** à la page 12.**

6 – Un rétablissement de l'état fonctionnel est-il envisagé?

Non Oui Quand ? _____

Expliquez _____

7 – Cette personne a-t-elle suivi un programme de familiarisation (traitement ou thérapie comportementale) en vue d'utiliser le réseau de transport régulier ?

Si oui, supervisée par _____

Indiquez l'endroit _____ Année _____ Durée _____

Résultats

_____ (Joindre le rapport d'apprentissage, s'il y a lieu)

Si non, pourquoi? _____

Programme à prévoir

Date de début _____ Durée probable _____

A	M	J

Restrictions (âge, problème associé) _____

8 – Déplacements effectués de façon autonome

Ne s'applique pas

Oui, dans certains cas

Si oui, lesquels? _____

9 — Veuillez indiquer toute autre information que vous jugez utile de porter à l'attention du Comité d'admission (annexez tout document au besoin).

10 — Diagnostic posé par :

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que le demandeur pourrait se voir refuser le service de transport adapté, ou ne plus avoir accès à ce service s'il est déjà admis.

Depuis combien de temps offrez-vous des services à cette personne? _____

Estampille ou
sceau du professionnel
ou numéro de permis



Nom	Fonction						
Signature obligatoire							
Téléphone							
Date de l'examen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					
Formulaire rempli le	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					

Si cette partie a été remplie par une personne autre que celle qui a posé le diagnostic :

Nom	Fonction						
Signature obligatoire							
Téléphone							
Date de l'examen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					
Formulaire rempli le	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					

PARTIE 2 – DIAGNOSTIC DE LA DÉFICIENCE MOTRICE OU ORGANIQUE

Si le demandeur a une déficience cardiaque, cette partie doit être remplie par un cardiologue.
Si le demandeur a une déficience respiratoire, cette partie doit être remplie par un pneumologue.
Enfin, si le demandeur est épileptique, cette partie doit être remplie par un neurologue. Dans tous les autres cas, elle doit être remplie par un médecin, ou par un professionnel de la santé d'un centre de réadaptation, à la lumière d'un diagnostic existant.

Si le demandeur a plus d'une déficience, il doit également faire remplir les sections relatives aux autres déficiences qui le concernent (visuelle, intellectuelle ou psychique, selon le cas).

1 – Diagnostic médical ou problématique

2 – Depuis quand ?

3 – Précisez la classification médicale du diagnostic sur le plan fonctionnel (étape, classe).

Cardiaque : Classe / IV Respiratoire : Classe / V

Parkinson: Étape / V Autre _____

4 – Le demandeur est-il épileptique ? Non Oui

*Si vous avez répondu **Oui**, vous devez remplir la section **ÉPILEPSIE** à la page 12.*

5 – Les incapacités du demandeur entraînent-elles des problèmes de comportement?

Non Oui

*Si vous avez coché **Oui**, vous devez remplir la section **PROBLÈME DE COMPORTEMENT** à la page 12.*

6 – Le demandeur est-il capable de marcher à l'extérieur ?

Non

Oui

• Temps requis pour parcourir une distance de 400 mètres _____ minutes.

• Distance maximale parcourue _____ mètres

• Temps requis pour parcourir cette distance _____ minutes

• Aide(s) requise(s) _____

7 – Le demandeur peut-il monter avec appui et descendre sans appui une marche de 35 cm de hauteur ?

Oui Non, incapable en tout temps de monter avec appui ou descendre sans appui

Expliquez _____

8 – Le demandeur peut-il se transférer soi-même de son fauteuil roulant à la banquette d'une automobile ?

Oui Non, expliquez _____

9 – Le demandeur peut-il prendre place autant à l'avant qu'à l'arrière dans une voiture taxi ?

Oui Non, expliquez _____

10 – Un rétablissement de l'état fonctionnel est-il envisagé ?

Oui Non, expliquez _____

11 – Le demandeur utilise-t-il de façon régulière un ou des appareils d'aide à la mobilité ?

Oui Non, expliquez _____

Orthèse, prothèse, précisez _____

12 — Veuillez indiquer toute autre information que vous jugez utile de porter à l'attention du Comité d'admission (annexez tout document au besoin).

13 — Diagnostic posé par :

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que le demandeur pourrait se voir refuser le service de transport adapté, ou ne plus avoir accès à ce service s'il est déjà admis.

Depuis combien de temps offrez-vous des services à cette personne? _____

Estampille ou
sceau du professionnel
ou numéro de permis



Nom	Fonction						
Signature obligatoire							
Téléphone							
Date de l'examen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					
Formulaire rempli le	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					

Si cette partie a été remplie par une personne autre que celle qui a posé le diagnostic :

Nom	Fonction						
Signature obligatoire							
Téléphone							
Date de l'examen	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					
Formulaire rempli le	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>				A	M	J
A	M	J					

Problème de comportement

Précisez la nature du problème de comportement du demandeur, ainsi que les manifestations reliées :

Au cours de ses déplacements, la personne peut-elle maîtriser certaines réactions comportementales, telles que l'impulsivité, l'agressivité ou l'automutilation, pouvant être préjudiciables à sa sécurité ou à celle des autres passagers ?

Oui Non

Si **Non**, ces réactions comportementales se manifestent

En tout temps, précisez _____

De façon intermittente, précisez _____

Dans certaines situations, précisez _____

Épilepsie

Si le demandeur est épileptique :

Indiquez si son état est maîtrisé par médication :

Oui Non Partiellement

Si une médication est présentement à l'essai, précisez _____

Si aucune médication ne réussit à maîtriser complètement les crises, précisez _____

Décrivez la nature des crises (types et manifestations) :

Si le demandeur a des crises sévères, c'est-à-dire avec perte de conscience ou convulsions, indiquez combien de fois elles surviennent en moyenne par semaine.

Effets secondaires de la médication susceptibles de se produire lors des déplacements, s'il y a lieu :

Expliquez, s'il y a lieu, en quoi la sécurité du demandeur est compromise lors de ses déplacements :
