

DEMANDE DE CARTE D'ACCOMPAGNEMENT

1 identification de la personne ayant besoin d'un accompagnateur

Date de la demande

année mois jour

Sexe F ou M

Date de naissance

année mois jour

Nom

Prénom

Numéro civique

Rue

Appartement

Municipalité

Province

Code postal

Téléphone à domicile

Téléphone au travail

Courriel

PHOTO À JOINDRE

Veuillez inclure
une photo
de grandeur
3,5 cm x 3,5 cm
(environ)

* si différente, identification de la personne qui remplit et signe le formulaire

Nom

Prénom

Téléphone à domicile

Téléphone au travail

Lien avec la personne ayant besoin d'un accompagnateur.

Courriel

2 Engagement et signature de la personne ayant besoin d'un accompagnateur

Comme titulaire d'une carte d'accompagnement STM, je m'engage à :

- > présenter la carte d'accompagnement au moment d'acquitter mon droit de passage ;
- > informer la STM de tout changement d'adresse ;
- > ne pas permettre à une autre personne d'utiliser la carte ;
- > retourner la carte d'accompagnement sans délai à la STM si elle n'est pas utilisée ;
- > inclure une photo (taille : 3,5 cm x 3,5 cm environ).

« Je certifie que les renseignements donnés sont exacts et j'autorise le professionnel à transmettre le formulaire rempli à la STM. »

Date

Signature de la personne ayant besoin d'un accompagnateur, ou de son représentant.

année

mois

jour

La carte d'accompagnement est remise par la STM. Pour toute demande d'information, communiquez avec :

- > le guichet DI-TSA du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de votre territoire ;
- > votre centre de réadaptation en déficience visuelle ;
- > l'Office des personnes handicapées du Québec : 1 800 567-1465 ;
- > le Regroupement des usagers du transport adapté (RUTA) et accessible de l'île de Montréal : 514 255-0765 ;
- > la Société de transport de Montréal : 514 786-4636 (STM-INFO) ou stm.info/accompagnement.

Note : les personnes admises au service de transport adapté n'ont pas à remplir ce formulaire, leur carte d'identité du transport adapté pouvant être utilisée comme carte d'accompagnement sur le réseau régulier de la STM.

3 Attestation professionnelle

Cette section doit être remplie par un professionnel d'un centre reconnu par la STM

- Pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, veuillez vous référer à votre intervenant ou au guichet DI-TSA du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de votre territoire.
- Pour les personnes ayant une déficience visuelle :
 - Centre de réadaptation Mab-Mackay ;
 - Institut Nazareth et Louis-Braille.

Identifiez les déficiences significatives et persistantes de la personne ayant besoin d'un accompagnateur :

Précisez les limitations fonctionnelles justifiant le besoin d'accompagnement pour l'utilisation du réseau régulier de la STM :

- | | | |
|--------------------------|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Problème d'orientation dans le temps | Expliquez: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Problème d'orientation dans l'espace | Expliquez: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Problème relatif à sa sécurité personnelle | Expliquez: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Problème de comportement | Expliquez: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Autre incapacité | Expliquez: _____ |

Je certifie selon mon évaluation que les limitations fonctionnelles de M. / Mme. _____ justifient le besoin d'un accompagnateur pour utiliser le réseau régulier de la STM.

J'atteste selon le rapport d'évaluation qui m'a été transmis que les limitations fonctionnelles de M. / Mme. _____ justifient le besoin d'un accompagnateur pour utiliser le réseau régulier de la STM.

Nom du professionnel

Profession

Nom du CIUSSS ou du centre de réadaptation

N° de téléphone

Signature

Faites parvenir ce formulaire au :

Centre de Transport adapté de la STM

3111 rue Jarry Est
Montréal
H1Z 2C2