

Dossier de demande de transport pour les personnes à mobilité réduite

Conditions d'accès au service Handi'stas

Si vous êtes en fauteuil roulant :

- ◆ Posséder une carte d'invalidité de 80% en cours de validité.
- ◆ Ne pas pouvoir utiliser seul les transports en commun.
- ◆ Justifier d'un domicile sur l'agglomération de Saint Etienne Métropole.

Si vous êtes mal-marchant :

- ◆ Posséder une carte d'invalidité de 80% en cours de validité.
- ◆ Ne pas pouvoir utiliser seul les transports en commun.
- ◆ Justifier d'un domicile sur l'agglomération de Saint Etienne Métropole.
- ◆ Avoir droit à une Prestation de Compensation du Handicap avec aide humaine ou une Allocation de Compensation pour Tierce Personne ou une Majoration pour Tierce Personne ou bien une APA GIR 3 ou 2.
- ◆ Avoir besoin d'une aide technique au déplacement comme deux béquilles ou un déambulateur.

Pièces justificatives à joindre au dossier :

- ◆ Formulaire « demande de transport adapté pour les personnes à mobilité réduite ».
- ◆ Copie recto-verso de votre carte d'invalidité.
- ◆ Copie de votre justificatif de domicile.
- ◆ Certificat médical rempli par votre médecin traitant



Demande de transport pour les personnes à mobilité réduite

Partie réservée à l'administration

N° du dossier :

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../.....
 Jour/Mois/Année

Adresse du domicile :

Téléphone :

Portable :

Email :

Situation familiale :

Célibataire

Couple

Veuf (ve)

Divorcé(e)

Date de naissance du conjoint :

Nombre de personnes vivant au domicile :

Avez-vous des enfants : si oui combien :

dates de naissance :/...../.....

...../...../.....

...../...../.....

...../...../.....

Parmi eux, combien habitent sur l'Agglomération de Saint-Etienne Métropole et dans quelle commune :

Bénéficiez-vous :

- De la PCH : Prestation Compensatrice du Handicap
- De l'APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie
- De la majoration pour tierce personne de la Sécurité Sociale
- D'un portage de repas à domicile
- D'une aide-ménagère, si oui combien d'heures par mois :
- D'une prise en charge de la Sécurité Sociale des transports pour vos soins
- D'une carte d'invalidité avec mention : besoin d'accompagnement et/ou cécité
- Curatelle ou tutelle. Si oui, quel organisme :

Type de handicap :

- | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Personne en fauteuil : | <input type="checkbox"/> manuel | <input type="checkbox"/> électrique |
| <input type="checkbox"/> Pouvez-vous faire vos transferts seul (e) : | oui | non |
| <input type="checkbox"/> Personne mal-marchante : | <input type="checkbox"/> béquilles | <input type="checkbox"/> déambulateur |

Possédez-vous un véhicule adapté : oui non

Une personne de votre entourage proche possède-t-elle un véhicule : oui non

Motifs des déplacements souhaités :

.....
.....

Je reconnais avoir pris connaissance des règles d'utilisation et des conditions d'attribution du service "Handi'stas". J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations me concernant.

A

Le

Signature

En application des dispositions des articles 27 et suivants de la loi «informatique et Liberté » du 6/01/1978, vous pouvez accéder aux informations vous concernant ou les faire rectifier en écrivant par simple lettre à :

Saint-Etienne Métropole 2, avenue Grüner CS 80257 42006 Saint-Etienne Cedex1

Dossier à déposer ou à envoyer à :

Direction Transports et Mobilité de Saint-Etienne Métropole
2, avenue Grüner CS 80257 42006 Saint-Etienne Cedex1

Certificat médical à remplir par le médecin traitant

*Ce certificat médical est destiné à être joint **sous pli confidentiel** à une demande de transport pour les personnes à mobilité très réduite , il servira au médecin de l'équipe technique chargée de l'instruction des demandes pour lui apporter des informations sur les éléments cliniques concernant la situation de handicap et son retentissement fonctionnel.*

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

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

Adresse :Commune :

Code Postal :

Pathologie réduisant les capacités de déplacement de la personne à l'extérieur, avec la date de début des troubles :

.....

.....

Groupe iso-ressources (Gir) :

Appareillages

Entourer la ou les bonne(s) réponse (s)

Canne(s) : 1 ou 2 Déambulateur : Oui Non

Fauteuil roulant : Manuel Manuel poussé par un tiers Electrique

Transfert possible seul (e) : Oui Non

