



Demande d'accès aux services PMR du Pays Voironnais

Votre demande d'accès aux services PMR du Pays Voironnais fait l'objet d'une instruction par les services du Pays Voironnais pour définir à quel service vous avez accès, pour quelle durée et dans quelles conditions, en fonction du règlement de fonctionnement en vigueur. Le règlement et les modalités d'accès au service peuvent être modifiés à tout moment par le Pays Voironnais, organisateur des services.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse complète :

Téléphone :

Portable :

Mail :

@

Coordonnées de la personne ayant rempli le formulaire (si différente du demandeur)

Nom/prénom

Téléphone :

Portable :

Cochez la ou les cases correspondant à la situation du demandeur

- 1 Fauteuil roulant électrique mécanique
- 2 Aveugle ou malvoyant avec chien guide sans chien guide
- 3 Difficultés motrices de déplacement temporaires
- 4 Carte d'invalidité égale ou supérieure à 80 % avec mention cécité ou besoin d'accompagnement .
- 5 Carte d'invalidité égale ou supérieure à 80 % sans mention ou avec périmètre de marche réduit nécessitant un avis médical préalable
- 6 Utilisateur d'un autre service de transport PMR

Vos besoins de déplacements

- Occasionnels Réguliers (abonnement)
- Utilisation pour la vie quotidienne (santé, achats, services, loisirs, ...)
- Utilisation pour se rendre au travail ou à une formation professionnelle

Vos moyens de locomotion et habitudes de déplacements

- J'ai déjà utilisé ou j'utilise le transport en commun : train, réseau transisère, lignes Pays Voironnais etc.) Précisez
- Je dispose d'une voiture dans mon ménage
- comme passager comme conducteur

Serez-vous accompagné lors de vos déplacements ?

- Oui, systématiquement Parfois Jamais
- J'ai besoin : D'une aide à la marche D'une aide à la lecture d'inf
- D'une aide pour me diriger, D'une aide pour m'installer dans le véhicule
- Autre

Fait à :

Signature

Le : / / 20

Documents à Joindre à votre demande

- Pièce d'identité avec photo (toutes les situations)
 - Copie de la carte d'invalidité (situations 1, 2, 4 et 5)
 - Certificat médical avec durée d'utilisation d'un appareillage (situation 3)
 - Document émis par un autre service de transport PMR attestant de votre prise en charge sur ce réseau (situation 6)
 - Attestation de domicile (toutes les situations)
-

Votre demande d'accès au service PMR du Pays Voironnais peut être soumise à un avis médical. Cet avis médical sera émis par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la Maison de l'Autonomie de l'Isère (contact 04 76 05 75 65). Par conséquent vous autorisez par la présente un médecin de la MDA à consulter votre dossier médical constitué auprès de la MDA.

Si Dépôt de dossier MDA. N° de dossier

Réservé à l'administration

Instruction Pays Voironnais

Origine et destination du trajet le plus fréquent

Point d'arrêt du réseau le plus proche du domicile

Distance du domicile à pied

Ligne TC la plus proche desservant le domicile

Avis Pays Voironnais

- Nécessité d'une aide au repérage et d'un accompagnement préalable sur le réseau
- Avis favorable pour l'accès au service de substitution

Ligne /Arrêt

- Avis favorable pour l'accès au service adapté

Commentaires :

- Avis défavorable
 - A transmettre à la MDA pour avis
-

Avis MDA

Je soussigné :

médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDA, certifie que :

Mme / Mr :

dossier MDA ou carte d'invalidité N°

répond au moins à un critère permettant l'adhésion :

au service adapté du Pays Voironnais.

- oui
- non

Fait à :

Signature et tampon

Le : / / 20

Durée de validité

Valable du : / /20 au : / /20

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dans le cadre du fichier des clients du réseau de transport. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et rectification des informations qui vous concernent auprès du Service des Mobilités du Pays Voironnais, 40 rue de Mainssieux, 38500 Voiron ou au 04 76 32 74 44. Vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Fichier déclaré à la CNIL.

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations 5Article 441-1 du Code Pénal)

FICHE QUESTIONNAIRE ANNEXE TAD PMR OU DE SUBSTITUTION

A REMPLIR PAR L'AGENCE MOBILITE, EN LIEN AVEC LE CLIENT

Merci de nous préciser les trajets réguliers que vous souhaitez effectuer

TRAJET 1 :

Commune de départ / adresse

Commune d'arrivée /adresse

Adresse de l'employeur éventuel :

Jours

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi
- Samedi

Heure de départ

Heure de retour

Motifs

- Travail
- Medical
- Loisirs
- Achats
- Formalités
- Autres

Fréquence du trajet

- Tous les jours
-par semaine
-par mois
- Occasionnellement

Remarques

TRAJET 2 :

Commune de départ / adresse

Commune d'arrivée /adresse

Jours

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi
- Samedi

Heure de départ

Heure de retour

Motifs

- Travail
- Medical
- Loisirs
- Achats
- Formalités
- Autres

Fréquence du trajet

- Tous les jours
-par semaine
-par mois
- Occasionnellement

Remarques

ECHANGES AVEC LA MDA

Le

Avis motivé du Médecin par rapport à al situation de la personne

Remarques