DIRECTION DE LA SOLIDARITE

DEMANDE DE TRANSPORTS SPECIALISES

« MOBIL’CITE 🙴 PETITS ACCOMPAGNEMENTS »

Document confidentiel

□ 1ère demande □ Renouvellement

Informations administratives concernant la personne transportée

□ Mme □ Melle □ M.

Nom :………………………………………………Prénom :……………………………………………

Date de naissance: ………………………………….

Adresse domicile : ………………………………………………………………………………….

Code d’accès : ……………………………… Interphone : □ Oui □ Non

Code postal : ………………………. Commune : …………………………………………………

Tél domicile : …………………… Tél travail : ………………… Tél portable : ……………………

Tél Maison de retraite ou structure de départ : ……………………………………………………….

E-mail : ……………………………………………………………………………………………….

En cas d’incident : Personne à prévenir

□ Mme □ Melle □ M.

Nom :………………………………………………Prénom :……………………………………………

Lien avec la personne transportée : ……………………………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………………………….

Code postal : ……………………… Commune : …………………………………………………….

Tél domicile :…………………….Tél travail :………………………..Tél portable :……………………

Email :……………………………………………………………………………………………………..

Renseignements complémentaires sur la personne transportée

**Type de handicap :**

□ Voyageur déficient physique

 □ Fauteuil roulant □ fauteuil roulant électrique

 □ Traumatisé crânien □ handicap temporaire : jambe cassé, bras cassé, ….

□ Utilisation d’un déambulateur et/ou autre matériel spécifique, précisez :……………………………...........................................................

□ Voyageur déficient visuel

 □ Non voyant- Cécité- utilisation d’une canne blanche □ non voyant accompagné d’un chien guide

 □ Malvoyant

□ Voyageur déficient mental

□ Autre déficience, à préciser : …………………………………………………………………………………………………………..

Faites-vous des crises d’épilepsie ? □ oui □ non

Si oui, merci d’indiquer quels sont les premiers soins à apporter en cas de crise :

…………………………………………………………………………………………………………………….

Aurez-vous un accompagnateur lors de vos transports : □ oui □ non

Précisions concernant votre mobilité : ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Afin d’être mieux connu(e) et servi(e), j’accepte que ce document soit communiqué à l’association GIHP-Ile de

France chargé par la Ville de Meudon du transport spécialisé.

Date : ………………………………………..Signature :…………………………………………………

**Cadre réservé à l’administration**

Tarif demandé

□ Catégorie 1 soit GRATUIT / 1 an

 (Personne non imposable)

□ Catégorie 2 soit 35,87 € / 1 an/personne

 (Personne dont IR est < à 650 € pour une personne seule et < 800 € pour un couple)

□ Catégorie 3 soit 71,75 € / 1 an/personne

 (Personne dont IR est > à 650 € pour une personne seule ou > à 800 € pour un couple)

Date : ……………………………………. Signature : …………………………………………………………