

# **Demande et instructions pour le service de transport adapté CATS**

## **Qu'est-ce que le service de transport adapté ?**

Conformément à la loi sur les Américains handicapés (Americans with Disabilities Act, ADA), CATS propose des services de transport adapté aux personnes qui, en raison d'un handicap (physique, cognitif ou visuel), ne peuvent pas accéder aux bus à itinéraire fixe. L'ADA définit l'admissibilité au service de transport adapté complémentaire dans la section 49 CFR 37.123 de la réglementation fédérale. Le service de transport adapté CATS est un service à trajets programmés à l'avance, en transport partagé, du point d'origine à la destination.

## **Programmer mon trajet**

Les usagers doivent être certifiés pour utiliser le service de transport adapté CATS. Appelez au [704.336.2637](tel:704.336.2637) pour programmer votre trajet.

## **Qu'est-ce que la zone de service de transport adapté ?**

Le service de transport adapté fonctionne en vertu de la loi ADA, qui garantit tous les déplacements dans la zone de service du système. La zone de service de transport adapté est définie comme la zone allant jusqu'à  $\frac{3}{4}$  de mile de part et d'autre d'une ligne d'autobus fixe ou locale existante. Le service est disponible les mêmes jours et heures que l'itinéraire fixe dans la zone.

Vous pouvez être approuvé pour bénéficier du service de transport adapté même si votre résidence ne se trouve pas dans la zone de service. Dans de telles circonstances, vous devrez vous faire prendre et déposer à un point situé à moins de  $\frac{3}{4}$  de mile de la zone de service.

Lorsque CATS apporte des modifications au niveau du service d'autobus à itinéraire fixe, elles peuvent avoir un impact sur la zone de service de  $\frac{3}{4}$  de mile pour les usagers du service de transport adapté. Ces modifications peuvent affecter votre capacité à recevoir nos services depuis votre résidence ou vers une destination souhaitée.

## **Comment l'admissibilité est-elle déterminée ?**

Si vous avez un handicap qui vous empêche d'utiliser un bus à itinéraire fixe, vous pouvez être admissible au service de transport adapté pour certains, voire pour tous vos déplacements.

### **L'admissibilité est déterminée en fonction de trois facteurs :**

1. Votre aptitude à vous déplacer vers l'arrêt de bus et d'en revenir
2. Votre aptitude à monter à bord et descendre du bus
3. Votre aptitude cognitive à utiliser le système de bus à itinéraire fixe

### **Problèmes opérationnels qui n'entrent pas en compte dans la détermination de l'admissibilité au STS :**

1. Âge
2. Distance vers et d'un arrêt de bus
3. Absence de service de bus dans la zone
4. Bus bondés

---

## **Remplir une demande**

Les personnes souhaitant postuler au service de transport adapté CATS peuvent recevoir un formulaire de demande par courrier ou fax, ou ils peuvent le remplir en ligne. Pour recevoir un formulaire de demande par courrier ou fax, contactez le service de transport adapté au [704.336.2637](tel:704.336.2637) et sélectionnez l'option 3 ou consultez [ADA Ride](#)

et suivez les instructions affichées pour remplir votre demande en ligne. Dans votre demande, vous devez décrire votre handicap et son impact sur votre capacité à utiliser le service à itinéraire fixe CATS. Veillez à répondre à TOUTES les questions et à ce que votre prestataire de santé remplisse la section de vérification professionnelle. Si votre demande n'est pas complète, elle vous sera renvoyée. Après avoir complété votre demande, vous pouvez l'envoyer par courrier à :

### **CATS Paratransit Services**

901 North Davidson Street  
Charlotte, NC 28206

Vous pouvez également envoyer la demande remplie par fax au [704.336.5119](tel:704.336.5119).

Une fois que le service de transport adapté aura reçu votre demande, vous serez contacté(e) pour planifier une entrevue en personne et peut-être un rendez-vous d'évaluation fonctionnelle.

Une fois votre entretien et votre évaluation terminés, vous serez considéré soit :

- Admissible au transport
- Admissible sous conditions
- Non admissible au transport

Les personnes considérées comme admissibles au service de transport adapté recevront une lettre déterminant leur certification et leur admissibilité à utiliser le service de transport adapté CATS.

Les candidats considérés comme inadmissibles ou admissibles sous conditions peuvent faire appel de leur évaluation. Un comité indépendant comprenant une personne en situation de handicap a été créé pour recevoir les appels.

Selon la nature de votre handicap, une certification d'un professionnel de l'évaluation fonctionnelle indiquant que vous n'êtes pas en mesure d'utiliser les bus à itinéraires fixes CATS pourra vous être demandée. Le personnel de CATS vous indiquera si cette évaluation sera nécessaire. Les nouvelles réglementations de l'ADA exigent que CATS transporte les personnes handicapées qui :

- sont incapables de monter à bord, de se déplacer ou de descendre d'un bus accessible sans l'aide de quelqu'un d'autre que l'opérateur de l'élévateur ou d'un autre dispositif d'embarquement ;
- sont capables de monter à bord du bus accessible, d'y rester pendant le trajet et d'en descendre, mais ont besoin d'un transport lorsqu'un tel bus n'est pas utilisé sur une certaine ligne ;
- ont un empêchement lié à leur handicap qui ne leur permet pas de se rendre à un arrêt de bus ou d'en revenir.

---

## **Visiteurs (non-résidents de Charlotte)**

Le service de transport adapté CATS, conformément aux réglementations de l'ADA, fournira un service de transport adapté à tout visiteur de Charlotte qui a été certifié comme étant admissible au service de transport adapté en vertu de l'ADA dans le territoire où il réside ou, si son handicap n'est pas visible, s'il présente des documents attestant de son lieu de résidence et de son handicap. Le statut de visiteur permet l'utilisation du service de transport adapté CATS jusqu'à 21 jours sur toute période de 365 jours.

Ces informations peuvent être faxées au (704) 336-5119 ou envoyées par e-mail à

[CATSADAeligibility@charlottenc.gov](mailto:CATSADAeligibility@charlottenc.gov)

Si vous avez des questions, veuillez contacter le bureau d'admissibilité et de certification du service de transport adapté au 704.336.5055.



## Demande de service de transport adapté en vertu de l'ADA

N° de référence de la demande :

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE DEMANDE DE SERVICE DE TRANSPORT ADAPTÉ (STS POUR « SPECIAL TRANSPORTATION SERVICE ») DU CHARLOTTE AREA TRANSIT SYSTEM (CATS).

STS désigne le service de transport adapté fourni par CATS aux personnes qui sont dans l'impossibilité d'utiliser le service d'autobus à itinéraire fixe à cause d'un handicap. Le STS fournit des services de déplacement semi-collectif/de navette aux personnes considérées comme étant « admissibles au transport adapté ADA ». Le STS est censé aider ceux qui ne peuvent prendre un autobus de manière autonome en raison d'un handicap physique, visuel ou cognitif.

### TYPES D'ADMISSIBILITÉ

**INCONDITIONNELLE** : Vous pouvez utiliser le STS du fait que vous n'êtes jamais en mesure d'utiliser l'autobus à itinéraire fixe de manière autonome.

**CONDITIONNELLE** : Vous pouvez utiliser le STS lorsque votre état de santé vous empêche d'utiliser l'autobus à itinéraire fixe.

**TEMPORAIRE** : Vous pouvez utiliser le STS de manière provisoire, dans l'attente que votre état de santé s'améliore ou évolue suffisamment pour que vous puissiez utiliser l'autobus.

**NON ADMISSIBLE** : Il a été déterminé que vous êtes en mesure d'utiliser l'autobus à itinéraire fixe de manière autonome et que vous ne remplissez donc pas les conditions requises pour utiliser le service de transport adapté STS. Un processus d'appel est disponible et les instructions correspondantes sont fournies dans la lettre d'avis de non-admissibilité.

### AIDE

SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE, VEUILLEZ CONTACTER ADARIDE AU (877) 232-7433.

Veillez envoyer les deux formulaires remplis à :

ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248

ou par FAX au : (310) 410-0239 ou

par courrier électronique à : [info@adaride.com](mailto:info@adaride.com)

### DÉLAI DE TRAITEMENT

Dès que nous aurons reçu votre demande dûment remplie, nous commencerons l'examen de votre demande de service de transport adapté STS. Si la demande et la vérification qui lui fait suite ne permettent pas de déterminer que vous remplissez les conditions requises pour le transport adapté STS, ou si certains éléments sont imprécis, contradictoires ou ambigus, vous serez immédiatement contacté(e) pour assister à une conférence de mobilité en personne. Si vous n'avez pas de moyen de transport pour assister à la conférence de mobilité en personne, STS vous offrira un trajet aller-retour SANS FRAIS de votre part. Une fois le processus de demande terminé, y compris la conférence de mobilité en personne éventuellement organisée, nous disposerons de 21 jours pour prendre une décision et vous en informer par écrit. N° de référence de la demande :

Données personnelles

Prénom :	_____	Deuxième prénom :	_____
Nom de famille :	_____	Sexe :	_____
Langue par défaut	_____	TDD :	_____
Date de naissance :	_____	Lieu de naissance :	_____
Adresse électronique :	_____	Format :	_____
Nom d'utilisateur :	_____		
Téléphone (pendant la journée) :	_____	Téléphone (en soirée) :	_____
Portable :	_____		

Adresse postale		
N° : _____	Rue : _____	N° d'appart. : _____
Ville : _____	État : _____	Code postal : _____
Adresse du domicile		
N° : _____	Rue : _____	N° d'appart. : _____
Ville : _____	État : _____	Code postal : _____
N° de référence de la demande :		
Auxiliaire de vie		

1. Avez-vous besoin d'un auxiliaire de vie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si vous choisissez Oui pour la question sur l'auxiliaire de vie, cela signifie que vous devez vous faire accompagner pour effectuer le trajet. Nous ne mettons pas cet auxiliaire de vie à votre disposition et il vous appartient donc de prendre les dispositions nécessaires à cet effet, sachant toutefois que le trajet est gratuit pour cette personne.
Avez-vous reçu de l'aide pour remplir la présente demande ?

2. Avez-vous reçu de l'aide pour remplir la présente demande ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom : _____	Nom de famille : _____
Adresse électronique : _____	Téléphone : _____
Lien : _____	Contactez cette personne : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contact d'urgence	

3. Souhaitez-vous fournir les coordonnées de votre contact d'urgence ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Prénom : _____	Deuxième prénom : _____	
Nom de famille : _____	Adresse électronique : _____	
Téléphone (pendant la journée) : _____	Téléphone (en soirée) : _____	
Téléphone portable : _____	Lien : _____	
N° : _____	Rue : _____	N° d'appart. : _____
Ville : _____	État : _____	Code postal : _____
Demande		
<b>Situation médicale de la demandeuse ou du demandeur</b>		

4. Quel est votre problème de santé/handicap ? _____
5. S'agit-il d'un problème de santé ou d'un handicap temporaire ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Recevez-vous actuellement un traitement ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Si oui, pendant combien de temps recevrez-vous le traitement ?
<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois <input type="checkbox"/> 6 à 9 mois
<input type="checkbox"/> 9 à 12 mois <input type="checkbox"/> Plus d'un an
8. Quel traitement recevez-vous ?
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie
<input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Psychothérapie

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Immobilisation sans remise en charge | <input type="checkbox"/> Immobilisation avec remise en charge | <input type="checkbox"/> Formation au déplacement |
| <input type="checkbox"/> Programme de rééducation             | <input type="checkbox"/> Chirurgie                            | <input type="checkbox"/> Nouveaux médicaments     |
| <input type="checkbox"/> Médicaments                          | <input type="checkbox"/> Convalescence                        | <input type="checkbox"/> Autre                    |

9. Veuillez lire les énoncés suivants et cocher celui qui décrit le mieux votre handicap.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Je suis capable d'utiliser le système de transport de manière autonome                                | <input type="checkbox"/> Je pense que je peux apprendre à utiliser l'autobus municipal si quelqu'un me montre comment faire | <input type="checkbox"/> Je suis capable d'utiliser l'autobus municipal pour certains trajets, mais pas pour d'autres |
| <input type="checkbox"/> J'ai un handicap temporaire et j'aurai besoin de CATS uniquement jusqu'à ce que je me sois rétabli(e) | <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable d'utiliser l'autobus municipal seul(e)                                      |   |

N° de référence de la demande :

10. Utilisez-vous actuellement un matériel d'aide à la mobilité pour vous déplacer ?  Oui  Non

11. Si oui, veuillez cocher le matériel correspondant dans la liste.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé/électrique     | <input type="checkbox"/> Béquilles                                 |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel                  | <input type="checkbox"/> Oxygène portable                          |
| <input type="checkbox"/> Scooter pour personne à mobilité réduite | <input type="checkbox"/> Aucun                                     |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant de sport                | <input type="checkbox"/> Autre                                     |
| <input type="checkbox"/> Déambulateur                             | <input type="checkbox"/> Tableau de communication                  |
| <input type="checkbox"/> Animal d'assistance                      | <input type="checkbox"/> Orthèses de membre inférieur              |
| <input type="checkbox"/> Prothèse                                 | <input type="checkbox"/> Tableau d'images/de lettres de l'alphabet |
| <input type="checkbox"/> Canne                                    | <input type="checkbox"/> Segway                                    |
| <input type="checkbox"/> Canne blanche                            |  |

12. Votre scooter pour personne à mobilité réduite/fauteuil roulant fait-il plus de 76 cm de largeur ?

- Oui  Non  Je ne sais pas  S.O.

13. Votre scooter pour personne à mobilité réduite/fauteuil roulant fait-il plus de 122 cm de largeur ?

- Oui  Non  Je ne sais pas  S.O.

14. Le poids combiné total de votre personne et de votre matériel d'aide à la mobilité dépasse-t-il 272 kg ?

- Oui  Non  Je ne sais pas  S.O.

15. Description :

16. Utilisez-vous l'autobus DE MANIÈRE AUTONOME ?

- Oui/parfois  Non/ne sais pas  Peut-être, après avoir reçu une formation

Itinéraires fixes

17. Si vous utilisez l'autobus municipal de manière autonome, veuillez préciser les lignes :

Nom de destination de la première ligne : \_\_\_\_\_

Lignes : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Avec un transfert ?

Deuxième ligne

Nom de la destination : \_\_\_\_\_

Lignes : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Avec un transfert ?



18. Auriez-vous besoin de vous faire accompagner lorsque vous empruntez un autobus accessible (auxiliaire de vie) ?

- Oui  Non  Parfois  
 Ne sais pas

*Si vous avez choisi oui, veuillez expliquer :*

19. CATS propose une formation à ceux qui souhaitent apprendre comment utiliser l'autobus. Si vous répondez oui à cette question, CATS peut vous contacter pour prendre rendez-vous. Souhaitez-vous recevoir une formation pour utiliser l'autobus ?

- Oui  Non

20. Êtes-vous atteint(e) d'un trouble de l'audition qui pourrait vous empêcher d'utiliser l'autobus ?

- Oui  Non

*Si vous avez choisi oui, veuillez expliquer :*

21. Êtes-vous atteint(e) d'un trouble visuel qui pourrait vous empêcher d'utiliser l'autobus ?

- Oui  Non

*Si vous avez choisi oui, veuillez expliquer :*

22. Êtes-vous atteint(e) d'un trouble de la mémoire qui pourrait vous empêcher d'utiliser l'autobus ?

- Oui  Non

*Si vous avez choisi oui, veuillez expliquer :*

23. Êtes-vous atteint(e) d'un trouble de l'équilibre qui pourrait vous empêcher d'utiliser l'autobus ?

- Oui  Non

*Si vous avez choisi oui, veuillez expliquer :*

24. Êtes-vous atteint(e) d'un trouble de la respiration qui pourrait vous empêcher d'utiliser l'autobus ?

- Oui  Non

*Si vous avez choisi oui, veuillez expliquer :*

25. Auriez-vous du mal à rester debout pendant 15 minutes à l'arrêt de bus s'il n'y avait pas de place assise disponible ?

- Oui  Non

*Si vous avez choisi oui, veuillez expliquer :*

26. Auriez-vous du mal à compter l'argent pour payer le chauffeur de l'autobus ?

- Oui  Non

*Si vous avez choisi oui, veuillez expliquer :*

27. Auriez-vous du mal à travers la rue de manière autonome ?

Oui  Non

Si vous avez choisi oui, veuillez expliquer :

28. Sur quelle distance pouvez-vous marcher (éventuellement à l'aide d'un matériel d'aide à la mobilité) ou avancer en fauteuil roulant sans vous reposer ?

29. L'un des éléments suivants vous empêche-t-il d'utiliser l'autobus ?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Froid   | <input type="checkbox"/> Chaleur                            | <input type="checkbox"/> Pluie  |
| <input type="checkbox"/> Cécité nocturne                               | <input type="checkbox"/> Neige                              | <input type="checkbox"/> Sensibilité à la lumière (temps ensoleillé, ciel nuageux, etc.)          |
| <input type="checkbox"/> Absence de trottoirs                          | <input type="checkbox"/> Absence d'abaissments de trottoirs | <input type="checkbox"/> Voie inégale (chemin de terre, nids-de-poule, etc.)                      |
| <input type="checkbox"/> Côte  | <input type="checkbox"/> Arrêt de bus non accessible        | <input type="checkbox"/> Incapacité à marcher/d'avancer en fauteuil roulant sur 15 m (1 pâté)     |
| <input type="checkbox"/> Pollution atmosphérique (smog, allergies)     | <input type="checkbox"/> Bonne/mauvaise journée             | <input type="checkbox"/> Incapacité à marcher/d'avancer en fauteuil roulant sur 400 m (3 pâtés)   |
| <input type="checkbox"/> Manque de force et d'endurance (hyperfatigue) | <input type="checkbox"/> Incapacité à changer d'autobus     | <input type="checkbox"/> Incapacité à marcher/d'avancer en fauteuil roulant sur 1 200 m (9 pâtés) |
| <input type="checkbox"/> Aucun   |   |   |

En signant les présentes, je comprends que je donne mon consentement pour qu'ADARide.com et Charlotte Area Transit (CATS) utilisent et divulguent mes informations de santé protégées aux fins et dans le cadre des activités suivantes.

- 1) Pour transférer des informations aux prestataires de services de transport et de mobilité.
- 2) Pour contacter votre professionnel de santé afin de vérifier votre handicap et votre régime de soins aux fins de détermination de votre admissibilité au transport adapté.
- 3) À ma connaissance, les informations fournies sont véridiques et correctes.
- 4) J'accepte d'informer CATS en cas de changement significatif de ma mobilité.

ADARide.com et CATS vous remercient de votre coopération dans le cadre de ce processus, vous assurant que vos informations de santé protégées seront gérées dans le strict respect de politiques et procédures conformes à la loi HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act).

Je comprends que j'ai le droit de consulter et de recevoir une copie du présent formulaire de consentement avant de le signer. J'atteste par les présentes qu'à ma connaissance, les informations fournies dans le cadre du processus de détermination d'admissibilité sont véridiques et correctes. Je comprends que toute fausse déclaration effectuée dans le cadre de ce processus ou présentée durant mon évaluation peut entraîner un déni d'accès au service de transport adapté.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Avez-vous des remarques ou des restrictions concernant votre autorisation ?

\_\_\_\_\_



## VÉRIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

(RÉSERVÉ AU PROFESSIONNEL)

VOTRE CLIENT/PATIENT DEMANDE UN SERVICE DE TRANSPORT ADAPTÉ STS À CATS

Les informations communiquées seront protégées en vertu des dispositions de la loi Health insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) et votre patient/client a convenu de permettre à Charlotte Area Transit System et à son prestataire chargé du processus de détermination d'admissibilité, ADARide.com, de vous contacter pour obtenir ces informations dans le cadre de la demande. Nous accordons une grande valeur à votre coopération et votre assistance. Si vous avez des questions ou des remarques, n'hésitez pas à nous contacter au 1-877-232-7433, sur [www.adaride.com](http://www.adaride.com), et par fax au 310-410-0239.

ENVOYEZ LE PRÉSENT FORMULAIRE À :

Veuillez envoyer les deux formulaires REMPLIS à :

ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248

ou par FAX à : (310) 410-0239

ou par courrier électronique à : [info@adaride.com](mailto:info@adaride.com)

### PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUVANT REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE

Spécialiste de la rééducation  
Conseiller en vie autonome  
Assistant social/conseiller de famille  
Psychologue/psychiatre  
Ergothérapeute/physiothérapeute/assistant  
Docteur en médecine/médecin ostéopathe  
Infirmier enregistré/assistant infirmier/assistant  
médical/enseignant spécialisé

### PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE DU CLIENT/PATIENT :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Informations sur le professionnel

Prénom : \_\_\_\_\_

Deuxième prénom : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_

N° de licence  
professionnelle : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Téléphone (pendant la journée) : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Adresse

N° : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

N° d'appart. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

État : \_\_\_\_\_

1. Veuillez indiquer le diagnostic pour lequel vous traitez votre client/patient et tout autre diagnostic reçu par votre client.

\_\_\_\_\_

2. Parmi les catégories suivantes, veuillez indiquer laquelle limite le plus votre client/patient.

Vous pouvez cocher plusieurs catégories si ces handicaps limitent l'autonomie et la mobilité de votre client/patient.

Mental

Physique

Visuel

Si vous avez choisi Physique, veuillez choisir la sous-catégorie :

Cardiovasculaire

Insuffisance d'organe/transplantation/diabète

Troubles gastro-intestinaux

Trouble orthopédique

Troubles gériatriques

Autre

Maladies infectieuses/immunologie

Trouble pédiatrique

Troubles neurologiques

Trouble pulmonaire

Oncologie et hématologie

3. Quel énoncé décrit le mieux la situation de votre patient ?

En cours de traitement avec possibilité d'amélioration

Situation permanente sans changement prévu

Maladie avancée et en phase terminale

Situation qui ne devrait pas l'empêcher d'utiliser l'autobus de manière autonome

Aucun des énoncés ci-dessus

4. Pronostic :

5. Régime de soins avec date de début et date de fin prévue :

6. Avez-vous déjà prescrit à votre client/patient un matériel d'aide, ou savez-vous s'il en utilise un ?

Aucun

Canne

Fauteuil roulant motorisé

Béquilles

Fauteuil roulant manuel

Scooter pour personne à mobilité réduite

Canne blanche

Déambulateur

Orthèses de membre inférieur

Oxygène portable

Animal d'assistance

Prothèse

Déambulateur pliable

7. Savez-vous si votre client/patient a des difficultés à garder l'équilibre ?

Oui

Non

Parfois

Ne sais pas

*Si vous avez choisi oui ou parfois, veuillez expliquer :*

8. Savez-vous si votre client/patient a des problèmes de force et d'endurance ?

Oui

Non

Parfois

Ne sais pas

*Si vous avez choisi oui ou parfois, veuillez expliquer :*

9. Pensez-vous que votre patient/client pourrait marcher ou avancer en fauteuil roulant, de manière autonome, sur environ 1 200 m (9 pâtés), à l'aide d'un matériel d'aide à la mobilité et en faisant de petites pauses, au besoin ?

Oui

Non

Parfois

Ne sais pas

*Si vous avez choisi oui ou parfois, veuillez expliquer :*

10. Savez-vous si votre client/patient a des problèmes de mémoire ?

Oui

Non

Parfois

Ne sais pas

*Si vous avez choisi oui ou parfois, veuillez expliquer :*

11. Savez-vous si votre client/patient a du mal à traverser la rue ?

- Oui  Non  Parfois  
 Ne sais pas

*Si vous avez choisi oui ou parfois, veuillez expliquer :*

12. Auriez-vous des doutes sur la sécurité de votre client/patient s'il utilisait l'autobus seul (p. ex. attaque de panique, côtes, trouble cognitif, risque de chute, etc.) ?

- Oui  Non  Parfois  
 Ne sais pas

*Si vous avez choisi oui ou parfois, veuillez expliquer :*

13. Savez-vous si votre client/patient a des troubles visuels qui pourraient l'empêcher d'utiliser l'autobus municipal ?

- Oui  Non  Parfois  
 Ne sais pas

*Si vous avez choisi oui ou parfois, veuillez expliquer :*

14. Savez-vous si votre client/patient a des troubles de l'audition qui pourraient l'empêcher d'utiliser l'autobus municipal ?

- Oui  Non  Parfois  
 Ne sais pas

*Si vous avez choisi oui ou parfois, veuillez expliquer :*

15. Je comprends que le but de la présente demande est de déterminer s'il existe certains cas lors desquels le demandeur n'est pas en mesure d'utiliser le service d'autobus municipal de Charlotte Area Transit System et a donc besoin de participer au programme de transport adapté CATS pour ses besoins en matière de transports en commun. J'atteste que, à ma connaissance, les informations fournies dans la présente demande sur mon client/patient sont véridiques et correctes. Je comprends que toute fausse déclaration peut me rendre passible des sanctions prévues par la loi.

16. SIGNATURE/NOM DU PROFESSIONNEL : \_\_\_\_\_