



**CATS
DEMANDE
D'ADMISSIBILITÉ
AU SERVICE ADA**

M./Mme,

Nous vous remercions de votre demande de renseignements sur l'admissibilité au service de transport adapté ADA du Charlotte Area Transit System (CATS). Cette demande permet de demander ou de renouveler l'autorisation d'utiliser le service de transport adapté de CATS.

Veillez lire attentivement les documents ci-joints avant de remplir la demande.

Le service de transport adapté est fourni par CATS aux personnes qui sont dans l'impossibilité d'utiliser le service d'autobus à itinéraire fixe ou de transport par voie ferrée à cause d'un handicap. L'incapacité d'utiliser un service d'autobus à itinéraire fixe peut comprendre l'inaptitude à se déplacer des ou jusqu'aux arrêts de bus, à monter ou sortir du bus, ou à comprendre comment emprunter et utiliser le système d'autobus.

CATS fournit un service de déplacement semi-collectif avec aide à l'embarquement et au débarquement aux personnes considérées comme étant admissibles au transport adapté ADA pour les trajets qu'elles ne peuvent effectuer en utilisant un service d'autobus à itinéraire fixe ou de transport par voie ferrée régulier. Vous pouvez, par exemple, utiliser un service d'autobus pour certains trajets si les arrêts sont proches et aucun obstacle n'empêche l'accès au bus. À d'autres moments, il se peut que vous ne puissiez pas vous déplacer vers l'arrêt de bus pour prendre le bus.

Il existe 5 catégories d'admissibilité :

Inconditionnel :

Ce niveau de service n'est soumis à aucune restriction quant aux jours, aux heures ou aux raisons d'une réservation de service pour le passager. Ce niveau est réservé à ceux qui ne sont pas capables d'utiliser le système d'autobus à itinéraire fixe/de transport par voie ferrée, de quelque façon que ce soit. Une certification temporaire ou permanente n'a aucun impact sur le nombre de trajets réservés ni sur leur raison.

1. Inconditionnel temporaire

Ce niveau de certification nécessite une nouvelle certification et une réévaluation plus fréquentes en fonction des aptitudes du passager.

2. Inconditionnel permanent

Ce niveau de certification concerne les personnes dont la situation ne s'améliorera pas.

Conditionnel

Ce niveau de service concerne les personnes qui sont parfois capables d'utiliser les services d'autobus à itinéraire fixe/de transport par voie ferrée.



**CATS
DEMANDE
D'ADMISSIBILITÉ
AU SERVICE ADA**

Le passager est invité à suivre une formation au déplacement pour comprendre comment utiliser la partie du service en autobus à itinéraire fixe/de transport par voie ferrée pour se rendre à ses destinations. Aucune formation au déplacement n'est requise.

3. Conditionnel temporaire

Ce niveau de service concerne les personnes qui peuvent utiliser le système d'autobus à itinéraire fixe/de transport par voie ferrée, mais qui ont parfois besoin d'un service de transport adapté. L'état de santé du passager est censé s'améliorer. Ce niveau peut avoir un délai d'expiration plus court pour obtenir une nouvelle certification. Ces trajets sont contrôlés lors de la réservation pour vérifier que le passager remplit les conditions nécessaires.

4. Conditionnel permanent

Le passager peut occasionnellement utiliser le système d'autobus à itinéraire fixe/de transport par voie ferrée. Les limitations ne sont pas censées diminuer, voire peuvent empirer.

5. Non admissible

Si le passager n'est pas admissible et que le service est refusé, une lettre lui sera envoyée pour lui expliquer les motifs du refus. La lettre sera accompagnée d'instructions pour le processus d'appel.

Pour nous permettre de déterminer avec exactitude votre admissibilité à ce service, **veuillez remplir la demande suivante en fournissant des renseignements aussi complets et précis que possible.** Ces questions permettent de déterminer les circonstances dans lesquelles vous pouvez utiliser des services à itinéraire fixe ou de transport adapté.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire, ou en cas de questions, veuillez contacter le bureau de CATS. Cette lettre et la demande sont également disponibles en gros caractères, ainsi que dans d'autres langues et formats.

Après avoir rempli la partie A de la demande, veuillez demander à un professionnel de santé ou à un professionnel des soins de réadaptation agréé de remplir la partie B de la demande. **La demande vous sera retournée si des sections restent non renseignées.** Les informations que vous fournissez dans cette demande sont confidentielles.

Veuillez ne pas joindre d'informations ou de documents médicaux à cette demande. Vous pouvez apporter les informations médicales à votre entretien.

Dans les quelques jours suivant la réception de votre demande remplie, vous serez peut-être contacté(e) par téléphone pour programmer un entretien en personne et une évaluation fonctionnelle afin de déterminer vos aptitudes à utiliser le service à itinéraire fixe de CATS.



**CATS
DEMANDE
D'ADMISSIBILITÉ
AU SERVICE ADA**

Les demandes remplies seront traitées dans les 21 jours après réception. Vous recevrez une notification de l'état de votre admissibilité par écrit. S'il faut plus de temps pour effectuer l'évaluation et la détermination, vous recevrez une admissibilité temporaire.

Si nous déterminons que vous pouvez utiliser le service d'autobus à itinéraire fixe de CATS, et que vous n'avez donc pas droit au transport adapté ADA, nous vous indiquerons la ou les raisons sur lesquelles se fonde notre décision. Vous pouvez faire appel de cette décision par écrit. Le service ADA ne sera pas fourni pendant le processus d'appel, à moins que celui-ci ne puisse être achevé dans un délai de 30 jours.

Vous pouvez envoyer la demande par voie électronique en appuyant sur le bouton d'envoi à la dernière page (ce bouton ne fonctionnera que si tous les champs obligatoires ont été renseignés) ou par courrier électronique, ou vous pouvez l'imprimer et l'envoyer par courrier postal une fois que le professionnel de santé a rempli la partie B de la demande. Veuillez envoyer la demande à :

**CATS Paratransit - Eligibility
901 North Davidson Street
Charlotte, NC 28206**

Vous pouvez envoyer la demande ou poser vos questions par courrier électronique à :
CATSADAEligibility@ci.charlotte.nc.us



**CATS
DEMANDE
D'ADMISSIBILITÉ
AU SERVICE ADA**

Partie A (cette section doit être remplie par tous les demandeurs)

Informations de la demandeuse ou du demandeur

Avez-vous déjà fait une demande d'admissibilité* ? (* indique un champ obligatoire)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Numéro d'identification de passager [à usage interne seulement]	
Prénom* :		Deuxième prénom :		Nom de famille* :	
Adresse du domicile :					
Rue* :				N° d'apt/ de suite :	
Ville* :			État* :		Code postal* :
Adresse postale (si elle est différente) :					
Rue :					
Ville :			État :		Code postal :
*Téléphone : (indiquer le numéro principal)		Portable :		Domicile :	
E-mail* :					
Données démographiques					
Date de naissance* : (mm/jj/aaaa)		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme			
Langue principale* :		<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Autre		Préciser :	
Formats accessibles :		<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Gros caractères <input type="checkbox"/> Autre		Préciser :	
		<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Audio ou .mp3			
Contact d'urgence					
Nom* :			Lien :		
N° de tél. portable :		N° de tél. au domicile :		N° de tél. au travail :	



**CATS
DEMANDE
D'ADMISSIBILITÉ
AU SERVICE ADA**

Si cette demande a été remplie par une autre personne que celle qui effectue la demande d'attestation, celle-ci doit fournir les renseignements suivants :

Nom :					
Adresse :	Rue :				
	Ville :		État :		Code postal :
Lien :			Téléphone (journée) :		
Agence :					
Signature :				Date :	

À propos de votre handicap*

1.	Quel est le handicap ou le problème de santé qui vous empêche d'emprunter l'autobus à itinéraire fixe ?	
2.	Expliquez en quoi votre handicap vous empêche d'utiliser l'autobus à itinéraire fixe de manière indépendante :	
3.	La situation que vous avez décrite est-elle :	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporaire Si elle est temporaire, quelle en sera la durée ?
4.	Avez-vous une sensibilité thermique d'un point de vue médical ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Plage de températures :
5.	D'autres conditions météorologiques (vent, crépuscule/obscurité et/ou lumière éblouissante) ont-elles un effet sur votre handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez expliquer :
6.	Avez-vous une déficience visuelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez expliquer :
7.	Votre respiration subit-elle les effets de conditions météorologiques ou environnementales ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez expliquer :
8.	Le degré de votre handicap change-t-il après un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez expliquer :



**CATS
DEMANDE
D'ADMISSIBILITÉ
AU SERVICE ADA**

Déplacements entre les arrêts de bus et une destination*

9.	Êtes-vous en mesure de trouver des arrêts d'autobus à itinéraire fixe, destinations, emplacements et/ou rues transversales de façon autonome ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si non, veuillez expliquer :	
10.	Êtes-vous en mesure de vous déplacer de façon autonome après la tombée de la nuit ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si non, veuillez expliquer :	
11.	Êtes-vous en mesure de vous déplacer en toute sécurité et de façon autonome sur 400 m (environ 4 longueurs de terrain de foot) sans l'aide d'une autre personne ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si non, veuillez expliquer :	
12.	Êtes-vous en mesure de vous déplacer en toute sécurité et de façon autonome sur 60 m sans l'aide d'une autre personne ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si non, veuillez expliquer :	
13.	Êtes-vous en mesure d'atteindre l'arrêt de bus de votre quartier et d'en revenir de façon autonome ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si non, veuillez expliquer :	
14.	Êtes-vous en mesure de vous déplacer vers l'arrêt de transport public le plus proche et d'en revenir ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si non, veuillez expliquer :	
15.	Combien de temps pouvez-vous attendre un bus en minutes ?		
16.	Veuillez indiquer quels dispositifs d'aide à la mobilité vous utilisez :		
	<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Oxygène portable	
	<input type="checkbox"/> Béquilles	<input type="checkbox"/> Animal de service dressé	
	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Dispositif de communication	
	<input type="checkbox"/> Orthèse(s) de membre inférieur	<input type="checkbox"/> Canne blanche	
	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> Aucun	
	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé	<input type="checkbox"/> Autre	
	<input type="checkbox"/> Trotinette motorisée	Description du dispositif alternatif :	

Le Code des réglementations fédérales, au titre 49, sous-titre B, chapitre III, sous-chapitre B, partie 390, définit un fauteuil roulant courant comme un « **dispositif d'aide à la mobilité correspondant à un dispositif à trois roues ou plus, utilisable en intérieur, conçu ou modifié pour et utilisé par des personnes à mobilité réduite, qu'il soit manuel ou motorisé** ».

En général, les véhicules CATS ne garantissent pas l'accès aux dispositifs de mobilité faisant plus de 76 cm de largeur, 122 cm de longueur ou 272 kilos de poids, lorsqu'ils sont occupés. Si votre dispositif de mobilité dépasse ces dimensions, CATS ne garantit pas de service de transport adapté.



**CATS
DEMANDE
D'ADMISSIBILITÉ
AU SERVICE ADA**

Embarquement et débarquement de l'autobus*

17.	Pouvez-vous monter et descendre trois (3) marches de 30 cm en toute sécurité et de façon autonome ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si non, veuillez expliquer :	
18.	Êtes-vous en mesure de monter à bord, d'emprunter ou de sortir d'un bus accessible aux fauteuils roulants sans aide ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si non, veuillez expliquer :	
19.	Êtes-vous en mesure de saisir des poignées ou rampes, des pièces de monnaie ou des billets lorsque vous montez à bord ou sortez d'un bus ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si non, veuillez expliquer :	
20.	Êtes-vous en mesure de monter à bord ou de sortir d'un véhicule si celui-ci est équipé d'un élévateur ou d'un dispositif d'agenouillement de l'avant du bus ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si non, veuillez expliquer :	
21.	Êtes-vous en mesure de monter à bord ou de descendre d'un bus sans assistance ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Si non, veuillez expliquer :	
22.	Avez-vous besoin d'un accompagnateur (soins personnels, guide voyant) ou d'un animal de service pour vos déplacements ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		Dans l'affirmative, expliquer le type d'assistance apportée :	
23.	Vous déplacez-vous avec des enfants âgés de moins de dix ans ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non



**CATS
DEMANDE
D'ADMISSIBILITÉ
AU SERVICE ADA**

Communication d'informations*

Je soussigné(e), la demandeuse/le demandeur, comprends que cette demande a pour but de déterminer mon admissibilité à l'usage du service de transport adapté ADA du Charlotte Area Transit System. J'autorise le professionnel qui a rempli la **partie B** de la présente demande à transmettre les informations relatives à mon handicap ou à mon problème de santé au Charlotte Area Transit System, et à tout comité d'examen d'admissibilité, et je comprends que les informations contenues dans les présentes seront traitées en toute confidentialité, sauf disposition contraire de la loi. Je comprends également que le Charlotte Area Transit System se réserve le droit de demander des informations supplémentaires à sa propre discrétion. Je conviens d'informer le Charlotte Area Transit System de tout changement de mon état de handicap qui modifierait mon aptitude à utiliser un service de transport adapté complémentaire. Je comprends aussi que cela peut influencer mon admissibilité en tant que passagère/passager.

J'atteste par la présente que je suis la personne qui demande l'attestation en vue d'un service de transport adapté ADA complémentaire et que les informations ci-dessus sont vraies et exactes :

Nom du demandeur en caractères d'imprimerie* :		Date* :	
Signature du demandeur* :			
Signature du parent ou tuteur légal (si le demandeur ne peut pas signer)			
Nom du parent/tuteur légal en caractères d'imprimerie :			
Signature :			
Date :			

Nous vous remercions d'avoir rempli cette demande.

Vous recevrez un avis par écrit dans les 21 jours suivant la réception de ce dossier indiquant la détermination effectuée et les raisons qui la justifient.

Toute personne qui se voit refuser l'admissibilité ou accorder une admissibilité conditionnelle peut faire appel par demande écrite dans les 60 jours. Le service ADA ne sera pas fourni pendant le processus d'appel, à moins que celui-ci ne puisse être achevé dans un délai de 30 jours. L'admissibilité au service de transport adapté est accordée pour une période maximale de trois (3) ans, que les limitations fonctionnelles soient de nature permanente ou temporaire.



**CATS
DEMANDE
D'ADMISSIBILITÉ
AU SERVICE ADA**

****Les demandes incomplètes seront renvoyées au demandeur.****

Partie B

Vérification du professionnel de santé

La présente section doit être remplie par un professionnel de santé ou un professionnel des soins de réadaptation agréé et spécialiste de votre handicap ou problème de santé et de vos aptitudes fonctionnelles.

Informations sur le patient	
Nom du patient en caractères d'imprimerie :	
Date de naissance du patient (mm/jj/aaaa) :	
Adresse du patient :	
Téléphone du patient :	
(Numéro d'identification de patient [à usage interne seulement])	

Conformément à la loi intitulée Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990, 49 CFR 37.121, sous-partie F, le demandeur indiqué dans la partie A et ci-dessus dans la présente demande vous invite à fournir des renseignements sur son aptitude à utiliser le service de transport à itinéraire fixe du Charlotte Area Transit System (CATS). CATS peut fournir des services de transport adapté ADA aux personnes atteintes d'un handicap ou d'un problème de santé qui les empêche, de manière temporaire ou permanente, d'utiliser le système d'autobus à itinéraire fixe ou de transport par voie ferrée. L'incapacité à utiliser un service d'autobus à itinéraire fixe ou de transport par voie ferrée peut désigner l'incapacité à se déplacer jusqu'aux arrêts de bus / train ou à partir de ceux-ci, à monter ou sortir des bus/wagons, ou à comprendre comment emprunter et utiliser le système de transport. Les renseignements que vous fournissez aideront CATS à évaluer la demande et à déterminer les besoins particuliers de cette personne. Nous vous remercions de votre coopération.

Remarque : le système d'autobus à itinéraire fixe et de transport par voie ferrée de CATS est accessible aux personnes en situation de handicap souhaitant monter dans des bus/wagons et en descendre, ayant besoin de véhicules à agenouillement au niveau du trottoir, et devant pouvoir entendre des messages audio annonçant les arrêts. La personne demandant un service de transport adapté ADA **doit ne pas pouvoir accéder à ces services** pour l'une au moins des raisons suivantes :

- Son état l'empêche d'atteindre un arrêt de bus à itinéraire fixe de CATS ou d'atteindre sa destination après être arrivée à l'arrêt de bus, ou d'effectuer un changement de véhicule
- Son état l'empêche de monter et voyager dans un bus avec une rampe, ou d'en descendre.

Les personnes pour lesquelles ces tâches sont simplement peu pratiques ou peu commodes **ne sont pas admissibles** aux services de transport adapté, ce que nous vous demandons de vérifier.

1. Veuillez lire la partie A de la présente demande dans son intégralité.
2. Remplissez la partie B dans son intégralité en suivant les critères indiqués.
3. Remettez la demande au demandeur.



**CATS
DEMANDE
D'ADMISSIBILITÉ
AU SERVICE ADA**

4. Nous vous contacterons peut-être pour obtenir des renseignements complémentaires si nous avons d'autres questions sur les aptitudes du demandeur.

En cas de questions, contactez CATS au (704) 336-5055.

Attestation du professionnel de santé				
J'ai lu la PARTIE A dans son intégralité :		Oui	<input type="checkbox"/>	Non
J'ai examiné ce demandeur par le passé :		Oui		Non
<i>Si non, veuillez expliquer :</i>				
Date à laquelle j'ai examiné ou traité le demandeur pour la dernière fois :				
Situation de handicap du demandeur en termes simples :				
En cas de trouble cognitif, quel est l'âge cognitif et le QI du demandeur ?				
À mon avis, le demandeur peut se déplacer de façon autonome de sa maison au trottoir :				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Parfois <i>Si non ou parfois, veuillez expliquer :</i>				
Indiquez les dispositifs d'aide à la mobilité utilisés par le demandeur :				
S'il utilise un dispositif d'aide à la mobilité, le cas échéant, en supposant qu'il n'y ait pas d'obstacle majeur sur son chemin, quelle distance le demandeur peut-il parcourir de façon autonome sans aide ? Jusqu'à :				
<input type="checkbox"/> moins de 400 mètres <input type="checkbox"/> 400 mètres <input type="checkbox"/> 800 mètres <input type="checkbox"/> 1 200 mètres <input type="checkbox"/> plus de 1 200 mètres				
En cas de trouble visuel, indiquez sa meilleure acuité visuelle corrigée				
Snellen :	D :	G :		
Restriction du champ visuel :	D :	G :	Date de l'examen :	
L'aptitude du demandeur à se déplacer change-t-elle en fonction du traitement médical, des conditions environnementales (chaleur, humidité, froid, neige et glace) ou d'autres facteurs semblables ?				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Parfois <i>Si non ou parfois, veuillez expliquer :</i>				
Sa situation est	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Temporaire	(mois)	_____



**CATS
DEMANDE
D'ADMISSIBILITÉ
AU SERVICE ADA**

Remarques supplémentaires :	

Veuillez parapher la déclaration ci-dessous qui correspond le mieux à votre avis sur l'usage des transports en commun par cette personne :	
	Cette personne devrait pouvoir utiliser les services d'autobus à itinéraire fixe.
	Cette personne ne peut pas utiliser les services d'autobus à itinéraire fixe en raison de plusieurs limitations fonctionnelles.
	Cette personne peut utiliser les services d'autobus à itinéraire fixe dans certaines situations, comme indiqué ci-dessous :

<i>Je certifie que les informations fournies dans les présentes indiquent quel est le problème de santé du demandeur et que, à ma connaissance, elles sont exactes. Je comprends que les informations fournies dans les présentes seront utilisées uniquement à des fins de détermination de l'admissibilité du demandeur aux services de transport adapté. J'accepte également que CATS puisse me contacter pour me demander des renseignements complémentaires et que je répondrai de bonne foi.</i>			
Nom complet du professionnel de santé (en caractères d'imprimerie)			
Entreprise ou agence			
Adresse			
N° de licence ou de certificat			
Téléphone		Fax	
Aucune demande remplie par un membre d'une autre profession ne sera acceptée. Affiliation professionnelle (cocher la désignation adéquate) :			
<input type="checkbox"/> Médecin agréé	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute agréé	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute agréé	
<input type="checkbox"/> Assistant social certifié	<input type="checkbox"/> Spécialiste certifié de l'orientation/de la mobilité	<input type="checkbox"/> Psychologue/psychiatre agréé	
<input type="checkbox"/> Conseiller en réadaptation certifié	<input type="checkbox"/> Autre :		
Signature :		Date :	