

## DEMANDE D'ACCES AU SERVICE DE TRANSPORT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP FORMULAIRE SIMPLIFIÉ

***N.B : le présent formulaire s'adresse uniquement aux personnes détentrices de la Carte Invalidité (avec un taux d'incapacité permanente de 80 % au moins) ou Mobilité Inclusion « Invalidité » et affectées par un handicap moteur ou visuel rendant difficile l'utilisation du réseau bus de transports urbains du Valenciennois (bus et tramway)***

1ère DEMANDE

RENOUVELLEMENT

### **VOTRE ETAT CIVIL**

Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom .....

Date de naissance : .....

Adresse du domicile (numéro, rue, résidence, ...) : .....

Etage : ..... Ascenseur :  Oui  Non

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone Domicile : ..... Téléphone Bureau :  
.....

Téléphone portable : ..... Mail : .....

### **IDENTITE DE LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom .....

Téléphone: ..... Mail : .....

## **CATEGORIE SOCIO PROFESIONNELLE**

Salarié  En recherche d'emploi  Stagiaire  Bénévole en association  Retraité   
Autre

Adresse de votre employeur ou de votre centre d'accueil :

.....  
.....  
.....

Distance (approximative) et accessibilité entre votre domicile et l'arrêt de bus le plus proche :

.....

Nom de l'arrêt de bus le plus proche de votre domicile :

.....

## **VOTRE DEFICIENCE ET VOS DIFFICULTES**

Vous avez une déficience : (vous pouvez cocher plusieurs réponses)

- Auditive
- Visuelle ; dans ce cas, précisez  Malvoyant ou  Non voyant
- Intellectuelle
- Cognitive
- Motrice

**Si vous avez une déficience motrice, pour vous, marcher :**

- Est possible
- Possible avec canne, déambulateur, etc.
- Impossible

**Vous utilisez un fauteuil ?**

- Oui, avec commande électrique  Oui, avec commande manuelle  Non

**Vous êtes :**

- Transférable (fauteuil pliable, personne transférable sur un siège du véhicule)  
 Non transférable

**Vous êtes titulaire de la carte mobilité inclusion « invalidité » (délivrée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017) ?**

- Oui  Non

Numéro de la carte : .....

Date de fin de validité : .....

**Vous êtes titulaire de la carte d'invalidité Egal ou supérieur à 80% (délivrée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2017) ?**

- Oui  Non

Numéro de la carte : .....

Date de fin de validité : .....

Taux d'invalidité : .....

**Avez-vous besoin d'une tierce personne accompagnante ?**

- Oui
- Non

**Pour quel motif sollicitez-vous le Transport des Personnes en Situation de Handicap :**

Travail  Déplacement Personnel

**Pièces à joindre au présent formulaire :**

- Photocopie recto-verso de votre carte mobilité inclusion « invalidité » ou de votre carte d'invalidité
- Photocopie de votre pièce d'identité
- Justificatif de votre employeur de moins de 3 mois avec le nombre de jours ouvrés par semaine. (Uniquement pour les personnes qui demandent des « Déplacements Professionnels »)
- 1 Photo

Le présent formulaire accompagné des pièces à joindre peut être retourné :

- Soit directement au SIMOUV – Service de Transport des Personnes en Situation de Handicap - 540 rue du Président Lécuyer - 59880 SAINT-SAULVE (par voie postale ou dépôt en mains propres) ;
- Soit par courriel à l'adresse suivante : [sesame@simouv.fr](mailto:sesame@simouv.fr)

Je certifie l'exactitude des renseignements figurant sur ce dossier, toute mention d'information erronée entraîne ma responsabilité.

Fait à ..... le .....

Nom, prénom et signature du demandeur ou du tuteur (en cas de mise sous tutelle du demandeur) :

***Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez vous rapprocher des services du SIMOUV :***

**Par écrit :**

SIMOUV  
Service de Transport des Personnes en Situation de Handicap  
540 rue du Président Lécuyer  
59880 SAINT-SAULVE

**Par courriel :** [sesame@simouv.fr](mailto:sesame@simouv.fr)

**Par téléphone :** 03.27.45.21.25

**Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à étudier votre demande d'accès au service de transport des personnes en situation de handicap.**

**Les destinataires des données reprises dans le présent formulaire sont uniquement :**

- Les agents du SIMOUV dûment habilités ;
- Les représentants du corps médical, tenus au secret professionnel, désignés par le SIMOUV.

**La durée de conservation des données est d'une durée d'1 (un) an.**

**Conformément aux dispositions de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent et figurant dans le présent formulaire. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au SIMOUV (par courrier ou par courriel aux adresses mentionnées ci-dessus)**