

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^{er} 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^{er} 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 80% et plus, en cours de validité et en couleur.
- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité et en couleur.
- 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 »)

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

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

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)