

**A remplir par le
demandeur**



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour l'inscription au service Transport à la demande (TAD)

A destination de personne à mobilité réduite (PMR)

A retourner à TP2A, service Transport à la demande PMR,
6 rue des biches 74100 Ville-la-Grand

Avec le bilan médical et fonctionnel sous enveloppe fermée

PREMIERE DEMANDE

RENOUVELLEMENT

1. Votre identité

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Tél : _____

Adresse mail : _____

Adresse du domicile : _____

Difficulté d'accès pour un véhicule devant le domicile : oui non

Précisions : _____

Système d'alarme : oui non ne sais pas

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : _____

Prénom : _____

Tél : _____

Adresse mail : _____

Lien avec le demandeur : _____

2. Durée du handicap

*La nature du handicap est détaillée par le personnel médical dans le document intitulé
« Bilan médical et fonctionnel d'autonomie » sous pli cacheté.*

Permanente

Temporaire. Durée prévisionnelle : _____ semaines.

3. Votre appareillage

• Fauteuil roulant électrique oui non

OU

• Fauteuil roulant à commande manuelle oui non

OU

• Déambulateur oui non

OU

• Cannes oui non

• Prothèses : _____

Consignes particulières pour le transport et vos observations : _____

4. Vos allocations

- **Si vous êtes bénéficiaire d'une des prestations ci-dessous**, merci de joindre votre dernière notification. **Sans ce document, votre demande ne pourra être traitée.**
- **Si vous êtes titulaire d'une carte d'invalidité CMI avec handicap \geq à 80%**, merci de joindre, sous enveloppe cachetée, la copie de votre certificat médical MDPH en lieu et place du Bilan médical et fonctionnel.
- **En cas d'incapacité temporaire**, merci de joindre un avis de votre médecin traitant spécifiant votre besoin d'accès temporaire au transport à la demande.

Bénéficiaire APA

oui non ne sais pas

Allocation personnalisée d'autonomie

GIR attribué : _____

(GIR = Degrés de dépendance de 1 à 4)

Bénéficiaire PCH

oui non ne sais pas

Prestation de compensation du handicap

Bénéficiaire AAH

oui non ne sais pas

Allocation aux adultes handicapés

Bénéficiaire MVA

oui non ne sais pas

Majoration pour Vie Autonome

5. Vos besoins prévisionnels de service de transports

Accompagnement (si accompagnement d'un chien guide, merci de le préciser dans obligatoire) :

OBLIGATOIRE

TAC'Accompagné*

NON-OBLIGATOIRE

**TAC'Accompagné s'adresse aux accompagnateurs désignés pour assister un bénéficiaire n'ayant pas de CMI avec la mention « Besoin d'accompagnement ». La carte TAC'Accompagné fait office de titre de transport et est établie à votre nom et prénom.*

❖ Pour les motifs école ou travail, n'oubliez pas de joindre votre certificat de scolarité ou l'attestation de votre employeur.

Jours et horaires envisagés : _____

Je soussigné(e), _____, certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à fournir à TP2A, les justificatifs complémentaires à l'instruction de ma demande.

Date et signature :

S'il ne s'agit pas du demandeur, NOM de la personne ayant rempli ce formulaire :

Nom : _____

Prénom : _____

Tél : _____

Adresse mail : _____

Lien avec le demandeur : _____