



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour l'inscription au service HANDI'TAC

A retourner à TP2A, service HandiTac, 6 rue des biches 74100 Ville-la-Grand
avec le bilan médical et fonctionnel sous enveloppe fermée

PREMIERE DEMANDE

RENOUVELLEMENT

Identité de la personne

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Tél : _____

Adresse mail : _____

Adresse du domicile : _____

N° de l'étage : _____ Ascenseur : oui non

Difficulté d'accès à la porte du domicile, nombre de marches : _____

Précisions : _____

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

Précisions : _____

Télé alarme oui non ne sais pas

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : _____

Prénom : _____

Tél : _____

Adresse mail : _____

Lien avec le demandeur : _____

Nature du handicap

Moteur, préciser : _____

Sensoriel, préciser : _____

• Carte Canne Blanche oui non

• Carte « Etoile Verte » oui non

Mental, complément d'information à communiquer au transporteur : _____

Psychique, complément d'information à communiquer au transporteur : _____

Autre, préciser : _____

Durée du handicap

Permanente

Temporaire. Durée prévisionnelle : _____ semaines.

Cadre réservé à TP2 exploitant (ne pas remplir)

Périmètre de marche : _____ mètres (environ).

Distance approximative entre le domicile et l'arrêt de bus le plus proche :

_____ mètres (+/- 10 m)

Nom de l'arrêt _____

Appareillage

• Fauteuil roulant électrique oui non

• Fauteuil roulant à commande manuelle oui non

• Déambulateur oui non

• Cannes oui non

• Prothèses : _____

Consignes particulières pour le transport et vos observations : _____

Dispositif Actuel de maintien à domicile

Aides à domicile oui non ne sais pas

Nom de l'organisme intervenant : _____

Fréquence d'intervention : _____ heures / jour _____ heures / semaine

Jours d'intervention : _____

Soins à domicile oui non ne sais pas

ASDAA oui non

Nom du cabinet infirmier intervenant : _____

Fréquence d'intervention : _____ heures / jour _____ heures / semaine

Jours d'intervention : _____

Bénéficiaire APA*Allocation personnalisée d'autonomie*

O oui O non O ne sais pas

GIR attribué : _____*(GIR = Degrés de dépendance de 1 à 4)***Bénéficiaire PCH***Prestation de compensation du handicap*

O oui O non O ne sais pas

Bénéficiaire AAH*Allocation aux adultes handicapés*

O oui O non O ne sais pas

Bénéficiaire MVA*Majoration pour Vie Autonome*

O oui O non O ne sais pas

- **Si vous êtes bénéficiaire d'une des prestations ci-dessus**, 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.

Accueil en Établissement Médico-social

Vous êtes accueilli dans un établissement médicosocial ? O oui O non

Si oui, merci de préciser lequel.

Nom de la structure : _____

Coordonnées complètes : _____

Nom du référent de l'établissement à contacter : _____

Vos besoins prévisionnels de service de transports

Jours et horaires envisagés : _____

Pour le trajet aller

Votre adresse de départ : _____

Votre adresse de retour : _____

Pour le trajet retour

Votre adresse de départ : _____

Votre adresse de retour : _____

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

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 : _____