



## DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ

Chère cliente, cher client,

Nous vous remercions de votre demande de renseignements sur l'admissibilité au Service de transport adapté (STS pour « Special Transportation Service ») du Charlotte Area Transit System (CATS). Vous trouverez ci-joint un exemplaire de la Demande d'attestation d'admissibilité au transport adapté en vertu de la loi américaine en faveur des personnes handicapées, l'ADA, ainsi qu'une fiche d'instruction détaillant le processus d'attestation.

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

STS désigne le service de transport adapté fourni par CATS aux personnes qui sont dans l'impossibilité d'utiliser le service d'autobus à itinéraire fixe 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.

STS fournit un service de déplacement semi-collectif/de navette aux personnes considérées comme étant « admissibles au transport adapté ADA » pour les trajets qu'elles ne peuvent effectuer en utilisant un service à itinéraire fixe 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. STS a pour but de vous assister à tout moment.

L'admissibilité se divise en trois types :

**Type conditionnel temporaire :** Vous êtes parfois en mesure d'utiliser l'autobus à itinéraire fixe et avez occasionnellement besoin d'un transport adapté. La limitation fonctionnelle devrait s'améliorer.

**Type conditionnel permanent :** Vous êtes parfois en mesure d'utiliser l'autobus à itinéraire fixe et avez occasionnellement besoin d'un transport adapté. La limitation fonctionnelle ne s'améliorera pas et risque de se dégrader.

**Type inconditionnel :** Vous ne pouvez pas utiliser l'autobus à itinéraire fixe à cause d'une limitation fonctionnelle.

Pour nous permettre de déterminer avec exactitude votre admissibilité à ce service, **veuillez**



**remplir la demande ci-jointe 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 STS. Cette lettre et demande est également disponible en gros caractères, et autres formats.

Une fois la demande remplie, veuillez demander à un professionnel de la santé ou de la rééducation agréé de remplir et signer la dernière page. ***Si toute section est laissée vierge, la demande vous sera retournée.*** 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 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.

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 à STS, nous vous indiquerons la ou les raisons qui ont guidé cette détermination. Vous pouvez faire appel de cette décision par écrit. Le service STS ne sera toutefois pas fourni pendant le processus d'appel, à moins que celui-ci ne puisse être achevé dans les 30 jours.



## Informations de la demandeuse ou du demandeur

**Titre :** M. M<sup>me</sup> M<sup>lle</sup>

Nom complet \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone / ATS (journée) \_\_\_\_\_ (soirée) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Masculin  Féminin

Langue principale :  Anglais  Espagnol  Signes  Autre : \_\_\_\_\_

Formats accessibles :  Caractères normaux  Gros caractères  Braille  
 Cassette audio  Autre : \_\_\_\_\_

Type d'admissibilité :  Conditionnel  Inconditionnel  Temporaire  Permanent

**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 complet : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : (journée) \_\_\_\_\_ (soirée) \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence :** veuillez fournir les noms de deux personnes, y compris un professionnel ou une agence de soutien, ou une autre personne qui connaît votre handicap que STS peut contacter :

Nom complet : \_\_\_\_\_ N° Travail \_\_\_\_\_ N° Domicile \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

Nom complet : \_\_\_\_\_ N° Travail \_\_\_\_\_ N° Domicile \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_



**À propos de votre handicap**

Êtes-vous un nouveau client ou renouvelez-vous l'attestation de votre admissibilité ?  
 Nouveau  Renouvellement  
En cas de renouvellement, votre état/handicap a-t-il changé ? Dans l'affirmative, veuillez expliquer

---

---

---

1. Quel est le handicap 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. Les conditions que vous avez décrites sont-elles :  
 permanentes  variables d'un jour à l'autre  temporaires ?  
Si temporaires, quelle est la durée prévue ? \_\_\_\_\_

---

4. Avez-vous une sensibilité au froid d'un point de vue médical ?  Oui  Non  
Au-dessus ou en dessous de quelles températures ? \_\_\_\_\_  
Dans l'affirmative, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

---

5. Avez-vous une sensibilité à la chaleur d'un point de vue médical ?  Oui  Non  
Au-dessus ou en dessous de quelles températures ? \_\_\_\_\_  
Dans l'affirmative, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

---

6. D'autres conditions météorologiques (vent, crépuscule/obscurité et/ou lumière éblouissante) ont-elles des effets sur votre handicap ? Dans l'affirmative, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

---

---



7. Avez-vous une déficience visuelle ?  Oui  Non  Parfois  
Si oui ou parfois, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Votre respiration subit-elle les effets de conditions météorologiques ou environnementales ?  
 Oui  Non  Parfois  
Si oui ou parfois, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Le degré de votre handicap change-t-il après un traitement médical ?  
 Oui  Non  Parfois  
Si oui ou parfois, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Avez-vous d'autres commentaires ou des informations complémentaires relatives à votre handicap que vous souhaitez communiquer ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Déplacements entre les arrêts de bus et une destination**

1. Êtes-vous en mesure de trouver des arrêts d'autobus à itinéraire fixe, destinations, emplacements et/ou rues parallèles de façon autonome ?  
 Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
2. Êtes-vous en mesure de vous déplacer de façon autonome après la tombée de la nuit ?  Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. Êtes-vous en mesure de vous déplacer de façon sûre et autonome sur 1/2 km (4 pâtés de maison) sans l'aide d'une autre personne ?  
 Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. Êtes-vous en mesure de vous déplacer de façon sûre et autonome sur 60 m sans l'aide d'une autre personne ?  Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Êtes-vous en mesure d'atteindre l'arrêt de bus de votre quartier et d'en revenir de façon autonome ?  Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. Êtes-vous en mesure d'attendre dehors sans assistance ou soutien pendant dix (10) minutes ?  Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



7. Êtes-vous en mesure de quitter vos destinations régulières (arrêts de bus locaux) et d'y retourner de façon autonome ?  Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :

---

---

8. Êtes-vous en mesure d'attendre plus de 15 minutes ?  Oui  Non  Parfois  
Si c'est le cas, combien de temps : \_\_\_\_\_minutes

9. Êtes-vous en mesure de vous déplacer sur des surfaces planes lorsqu'il fait beau ?  
 Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :

---

---

10. Êtes-vous en mesure de vous déplacer sur des pentes légères lorsqu'il fait beau ?  
 Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :

---

---

11. Êtes-vous en mesure de vous déplacer vers l'arrêt de transport public le plus proche et d'en revenir ?  
 Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :

---

---

12. Pourriez-vous attendre s'il y avait une place assise ou un abribus ?  
 Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :

---

---

13. Pourriez-vous attendre s'il n'y avait **pas** de place assise ou d'abribus ?  
 Oui  Non  
Si non, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

14. Combien de temps pouvez-vous attendre un bus ? \_\_\_\_\_minutes





**Monter à bord et descendre du bus**

- 1. Pouvez-vous monter à bord et descendre trois (3) marches de 30 cm de façon sûre et autonome ?  Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- 2. Êtes-vous en mesure de monter à bord, emprunter ou sortir d'un bus accessible aux fauteuils roulants sans assistance ?  Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- 3. Êtes-vous en mesure de saisir des poignées ou rampes, pièces de monnaie ou billets lorsque vous montez à bord ou sortez du bus ?  Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- 4. 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 agenouilloir à l'avant du bus ?  
 Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- 5. Êtes-vous en mesure de monter à bord ou de descendre d'un bus sans assistance ?  
 Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Prestation de services

1. Utilisez-vous un fauteuil roulant ou une trottinette ?  Oui  Non  
Quel est sa largeur ? \_\_\_\_\_pouces (\_\_\_\_\_cm)

Quel est son poids lorsqu'il est utilisé ? \_\_\_\_\_livres  
(\_\_\_\_\_ kg)

Ces informations ne sont pas utilisées pour déterminer l'admissibilité au transport adapté. Il incombe à la demandeuse ou au demandeur de connaître les dimensions de son dispositif de mobilité et si celui-ci dépasse le cadre de la définition d'un fauteuil roulant classique.

La loi américaine en faveur des personnes handicapées de 1990, l'ADA, indique qu'un fauteuil roulant normal comporte **une largeur maximale de 30 pouces (76 cm), une longueur maximale de 48 pouces (122 cm) et un poids maximal de 600 livres (272 kg) lorsqu'il est occupé.**

**Si votre dispositif de mobilité dépasse ces dimensions, l'ADA ne garantit pas de service de transport adapté.**

2. Utilisez-vous l'un des dispositifs d'aide à la mobilité ou équipements spécialisés suivants lors de vos déplacements ? Cochez toutes les réponses pertinentes.

- Canne  Animal de service  Tableau de communication  
 Canne blanche  Fauteuil roulant électrique  
 Grand fauteuil électrique (supérieur aux réglementations ADA)  
 Déambulateur  Trottinette électrique (trois roues)  
 Béquilles  Fauteuil roulant manuel  Autre dispositif : \_\_\_\_\_

3. Si vous utilisez un fauteuil roulant ou une trottinette, l'utiliserez-vous dans le transport adapté ?

Oui  Non  Parfois

Si non ou parfois, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_



4. Êtes-vous en mesure d'attendre plus de 15 minutes à un arrêt de bus public avec votre dispositif d'aide à la mobilité ?  Oui  Non  Parfois  
Si non ou parfois, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Avez-vous besoin d'un accompagnateur (soins personnels, guide voyant) pour vos déplacements ? Un accompagnateur peut vous assister dans tous vos besoins personnels ou liés à vos déplacements, comme traverser la rue, franchir les escaliers, etc.  Oui  Non  Parfois  
Si oui ou parfois, veuillez expliquer le type d'assistance que cette personne vous apporte : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Vous déplacez-vous avec des enfants âgés de moins de dix ans ?  Oui  Non



## 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 (STS pour « Special Transportation Service »). Je consens à transmettre les informations demandées par Carolinas Rehabilitation, pour le compte de Charlotte Area Transit System, et de tout comité d'examen, 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 Carolinas Rehabilitation, pour le compte de Charlotte Area Transit System, se réserve le droit de demander des informations supplémentaires à sa propre discrétion. Je conviens d'informer STS de tout changement dans l'état de mon admissibilité qui modifie 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 :**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Noms en toutes lettres de la demandeuse/du demandeur \_\_\_\_\_

Noms en toutes lettres de la préparatrice/du préparateur \_\_\_\_\_

Si un préparateur représente une agence, veuillez inscrire le nom de l'agence en toutes lettres ici :

\_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur légal \_\_\_\_\_

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 STS ne sera pas fourni pendant le processus d'appel, à moins que celui-ci ne puisse être achevé dans les 30 jours. L'admissibilité au STS est accordée pour une période maximale de trois (3) ans, quelle que soit la nature permanente ou temporaire des limitations fonctionnelles.*



## Vérification professionnelle

Afin de pouvoir évaluer correctement cette demande, Carolinas Rehabilitation, pour le compte de Charlotte Area Transit System, contactera votre professionnel de santé ou de rééducation afin de confirmer les informations fournies. **Veillez demander à votre prestataire de santé ou de rééducation de remplir et signer l'autorisation suivante.**

Remarque : Si possible, veuillez demander à un professionnel qui connaît votre handicap particulier et qui comprend vos aptitudes ou inaptitudes à vous déplacer dans le système de transport public de remplir ce formulaire. Cela comprend les professions suivantes :

- spécialiste de la rééducation
- conseiller en vie autonome
- assistant social
- psychologue
- conseiller en réadaptation professionnelle
- conseiller en santé mentale
- ergothérapeute ou kinésithérapeute
- médecin ou infirmier diplômé

*Le professionnel de la santé ou de la rééducation suivant connaît mon handicap et est autorisé à fournir à Carolinas Rehabilitation, pour le compte de Charlotte Area Transit System, toute information requise dans le but de confirmer les renseignements fournis dans la présente demande, ou de clarifier les limites de mon handicap.*

À faire remplir par un professionnel de la santé ou de la rééducation

Nom complet _____
Adresse _____ _____
Numéro de téléphone / ATS (journée) _____ Fax _____
Adresse e-mail _____
Signature _____ Date _____