

Formulaire de demande de carte d'accompagnement au réseau de transport régulier d'exo

Identification de la personne ayant besoin d'un accompagnateur

Nom : Prénom :

Numéro civique : Rue :

Municipalité : Province : Code postal :

Téléphone : Téléphone (travail) :

Courriel :

Salutations souhaitées : Mme M. Neutre Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :

Si vous possédez un numéro de dossier de transport adapté exo, veuillez l'indiquer ici :
Vous n'avez pas besoin de compléter la suite du formulaire.
Veuillez simplement apposer votre signature au bas de cette page.

Numéro de dossier exo :

* Si différente, identification de la personne qui remplit et signe le formulaire

Nom : Prénom :

Téléphone : Téléphone (travail) :

Lien avec la personne : Courriel :

Engagement et signature de la personne ayant besoin d'un accompagnateur

Comme titulaire d'une carte d'accompagnement exo (la « Carte »), je m'engage à :

- présenter la Carte au moment d'acquitter mon droit de passage et à tout moment lorsque cela est requis par un inspecteur d'exo ;
- informer exo de tout changement d'adresse ;
- informer sans délai exo de la destruction, de la perte ou du vol de la Carte ;
- ne pas permettre l'usage de la Carte par une autre personne ;
- retourner la Carte sans délai à exo si elle n'est pas utilisée ;
- inclure une photo attestée par un professionnel de la santé (taille : 3,5 x 3,5 cm environ)

Note : Un seul accompagnateur à la fois peut voyager gratuitement avec la personne ayant besoin d'accompagnement.
L'accompagnateur n'a droit à la gratuité que lorsqu'il est en présence de la personne ayant besoin d'accompagnement.

**Je certifie que les renseignements donnés sont exacts
et j'autorise le professionnel de la santé à transmettre le formulaire rempli à exo.**

Signature de la personne ayant besoin d'un accompagnateur ou de son représentant

Date (AAAA-MM-JJ)

Attestation professionnelle

Cette section doit être remplie par un professionnel de la santé autorisé : médecin agréé, infirmière praticienne ou autorisée, ergothérapeute agréé, physiothérapeute agréé, psychologue ou psychiatre certifié, optométriste ou ophtalmologiste agréé.

1. Est-ce que les limitations sont permanentes ? Oui Non

Si elles sont temporaires, pour combien de temps ?

2. Est-ce que le demandeur a besoin d'un accompagnateur pour voyager sur le réseau régulier du transporteur ? Oui Non

3. Précisez les limitations fonctionnelles justifiant le besoin d'accompagnement pour l'utilisation du réseau régulier du transporteur

- Problème d'orientation dans le temps
- Problème d'orientation dans l'espace
- Problème relatif à sa sécurité personnelle
- Problème de comportement
- Autre incapacité, spécifiez :

Je certifie, selon mon évaluation, que les limitations de Mme/M. justifient le besoin d'un accompagnateur pour utiliser le réseau régulier du transporteur.
OU

J'atteste, selon le rapport d'évaluation qui m'a été transmis, que les limitations de Mme/M. justifient le besoin d'un accompagnateur pour utiliser le réseau régulier du transporteur.

J'atteste que la personne sur la photo est bien celle qui a besoin d'un accompagnateur. J'ai apposé mes initiales à l'endos de cette photo.

Note : Les frais d'attestation sont à la charge du demandeur, le cas échéant.

Nom du professionnel de la santé

Profession

Téléphone

Adresse professionnelle

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

Faire parvenir ce formulaire complété et la photo initialée (si numérisée: recto et verso) par un professionnel de la santé à :

Coordonnateur accessibilité
700, Rue De la Gauchetière Ouest, 26^e étage, Montréal, Québec, H3B 5M2
Courriel : carteaccompagnement@exo.quebec