



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour l'inscription au service HANDI'TAC

A retourner à TP2A, service Handi'Tac, 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 : O oui O non

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

Précisions : _____

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

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : _____

Prénom : _____

Tél : _____

Adresse mail : _____

Lien avec le demandeur : _____

Si vous êtes titulaire d'une carte d'invalidité CMI, merci de joindre sous enveloppe cachetée, la copie de votre certificat médical MDPH en lieu et place du Bilan médical et fonctionnel.

Nature du handicap

Moteur, préciser : _____

O Sensoriel, préciser : _____

• Carte Canne Blanche O oui O non

• Carte « Etoile Verte » O oui O non

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

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

O 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 _____

Handicap nécessitant l'assistance d'une tierce personne oui non

Consignes particulières : _____

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 : _____

Télé alarme oui non ne sais pas

Bénéficiaire APA oui non ne sais pas
GIR attribué : _____
Si oui, merci de joindre votre dernière notification

Bénéficiaire PCH oui non ne sais pas
Si oui, merci de joindre votre dernière notification

Bénéficiaire AAH oui non ne sais pas
Si oui, merci de joindre votre dernière notification

Bénéficiaire Majoration pour Vie Autonome oui non ne sais pas
Si oui, merci de joindre votre dernière notification

Accueil en Établissement Médico-social

Vous êtes accueilli dans un établissement médico-social ? oui 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 : _____