



## 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 : \_\_\_\_\_