



Scannez ce code pour  
FAIRE VOTRE DEMANDE  
EN LIGNE et accélérer le  
traitement de votre dossier.

## **CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ**

Le service Transit Plus de Winnipeg est destiné aux personnes qui ne peuvent pas utiliser les autobus ordinaires de façon permanente ou temporaire. Pour être admissible au service Transit Plus de Winnipeg, vous devez remplir au moins l'un de ses critères d'admissibilité.

### **Étape 1 – Déterminez si vous remplissez les critères**

**Veillez cocher les critères correspondant à votre situation :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Incapable de marcher 175 mètres (575 pieds) à l'extérieur |  |
| <input type="checkbox"/> En permanence   | <input type="checkbox"/> Uniquement pendant la période hivernale |
| <input type="checkbox"/> Temporairement  | <input type="checkbox"/> À la suite d'un traitement par dialyse  |

- 
- ☐ Maladie d'Alzheimer ou démence apparentée (MADA) qui empêche l'utilisation du réseau de transport en commun ordinaire à itinéraire fixe de manière autonome et sécuritaire.
- 

Vision de 20/200 ou moins dans les deux yeux, ou champ visuel inférieur à 20 degrés dans les deux yeux qui ne peut être corrigé par le port de verres correcteurs. **Numéro**

**d'enregistrement de l'INCA** \_\_\_\_\_

**OU** soumettez des documents de votre optométriste, ophtalmologiste ou neuro-ophtalmologiste

### **Étape 2 - Remplissez la demande d'autoaiguillage si l'un des critères ci-dessus est rempli :**

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous n'avez pas à présenter ce formulaire à votre prestataire de soins de santé.

### **Étape 3 - Étapes suivantes**

Une fois qu'il aura reçu le formulaire, le service Transit Plus vous enverra une lettre vous indiquant les étapes suivantes. La plupart des personnes demandeuses doivent se présenter à une évaluation afin d'examiner un ou plusieurs des éléments suivants :

- Leur admissibilité au service
- Leur capacité à se déplacer de manière autonome en toute sécurité
- La possibilité de fixer leur équipement de mobilité en toute sécurité et la conformité de l'équipement aux exigences du service Transit Plus de Winnipeg en matière de transport
- L'accès du véhicule et les besoins supplémentaires en matière de prestation de services

Le service Transit Plus de Winnipeg peut vous offrir le transport vers le lieu de l'évaluation. La lettre que vous recevrez vous fournira de plus amples renseignements.

Le fait de remplir ce formulaire de demande ou de vous présenter à une évaluation ne garantit pas votre admissibilité au service Transit Plus de Winnipeg. Les demandes incomplètes seront renvoyées, ce qui entraînera des retards de traitement.

## **DEMANDE D'INSCRIPTION AU SERVICE TRANSIT PLUS DE WINNIPEG**

1) Je sou mets cette demande pour : ☐ Moi-même ☐ Une autre personne

2) Utilisez-vous actuellement ce service ou l'avez-vous utilisé par le passé?

3) ☐ Non ☐ Oui **Numéro d'inscription** \_\_\_\_\_

Prénom de la personne demandeuse Deuxième prénom (le cas échéant) Nom de famille de la personne demandeuse

Appartement Numéro Nom de la rue Ville Code postal

Téléphone (mobile)

Téléphone (domicile ou fixe)

Date de naissance (mois/jour/année)

Adresse courriel (correspondance accélérée)

**Mode de communication privilégié (sélectionnez-en un) :**

☐ Courriel

☐ Courrier

☐ Courriel de la personne à joindre en cas d'urgence

### **Personne à joindre en cas d'urgence**

Prénom Nom Lien avec la personne demandeuse

Téléphone

Adresse courriel

Si vous avez des questions au sujet de ce formulaire, veuillez appeler le centre d'appel du service Transit Plus de Winnipeg au 204-986-5722. Les formulaires remplis peuvent être envoyés par télécopieur au 204-986-6555 ou par la poste à l'adresse suivante : **Service Transit Plus de Winnipeg, 414, rue Osborne, unité B, Winnipeg (Manitoba) R3L 2A1.**

**3) Bénéficiez-vous d'un service de transport ou d'une aide financière pour le transport offert par une ou plusieurs des sources suivantes?** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent. (Veuillez noter que le service Transit Plus de Winnipeg ne peut être utilisé en complément d'un service offert par un autre fournisseur.)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Société d'assurance publique du Manitoba | <input type="checkbox"/> Commission des accidents du travail | <input type="checkbox"/> Division scolaire (maternelle à 12 <sup>e</sup> année) |
| <input type="checkbox"/> Anciens Combattants Canada               | <input type="checkbox"/> Programme de jour pour adultes      | <input type="checkbox"/> Autre : _____  |

**4) Comment vous déplacez-vous actuellement dans la ville?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En voiture par moi-même                  | <input type="checkbox"/> Transport privé (p. ex., aide à la vie autonome, autobus de programme) |
| <input type="checkbox"/> Famille ou amis                          | <input type="checkbox"/> Taxi/service similaire   |
| <input type="checkbox"/> Autobus de Winnipeg Transit/Transit Plus | <input type="checkbox"/> Autre : _____  |

**5) Utilisez-vous le service d'autobus conventionnel de Winnipeg Transit?** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez expliquer en quoi il répond à vos besoins en matière de transport : \_\_\_\_\_

Si non, veuillez expliquer pourquoi : \_\_\_\_\_

**6) Combien de minutes pouvez-vous marcher avant d'avoir besoin de vous reposer? (le cas échéant)**

**7) Utilisez-vous des aides lorsque vous vous déplacez dans la communauté? Si oui, veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent :**

☐ Oui ☐ Non

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Canne   | <input type="checkbox"/> Marchette          | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique |
| <input type="checkbox"/> Béquilles   | <input type="checkbox"/> Scooter électrique | <input type="checkbox"/> Réservoir d'oxygène     | <input type="checkbox"/> Animal d'assistance         |
| <input type="checkbox"/> Autre (exemples : ventilateur ou appareil de communication) _____ |   |  |  |

**8) Afin de nous aider à comprendre vos besoins en matière de véhicule, veuillez indiquer votre taille et votre poids ci-dessous :**

Taille actuelle \_\_\_\_\_ (pieds/pouces ou m/cm)

Poids actuel \_\_\_\_\_ (livres ou kg)

### 9) Renseignements sur le fauteuil roulant ou le scooter :

| Marque | Modèle | Largeur totale (pouces ou cm) | Longueur totale (pouces ou cm) |
|--------|--------|-------------------------------|--------------------------------|
|--------|--------|-------------------------------|--------------------------------|

**À noter :** Pour mesurer la longueur, mesurez la distance entre les deux points les plus éloignés. Pour mesurer la largeur, mesurez la distance entre les deux mains courantes extérieures, et non pas le siège.

**10) Y a-t-il des supports d'arrimage ?** ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

**11) D'où provient votre fauteuil roulant ou votre scooter** (p. ex. Manitoba Possible, magasin, en ligne)?

**12) Pouvons-nous communiquer avec votre fournisseur d'aide à la mobilité pour obtenir des renseignements supplémentaires?** ☐ Oui ☐ Non

**13) Êtes-vous capable de passer sans aide de votre fauteuil roulant ou de votre scooter au siège d'un véhicule? Remarque :** Les passagers doivent passer d'un siège monté sur un socle (par exemple, un scooter) au siège d'un véhicule. ☐ Oui ☐ Non

**14) Pour voyager sans accompagnement, vous devez être capable de :**

- Reconnaître votre destination
- Demander de l'aide en cas d'urgence
- Gérer vos besoins de soins pendant le voyage

**Compte tenu de ces exigences, pensez-vous être capable de voyager sans accompagnement?** ☐ Oui ☐ Non

Veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

**15) Veuillez indiquer votre lieu de prise en charge :**

- ☐ Maison / Maison mobile / Duplex
- ☐ Appartement / Maison en rangée / Condominium / Résidence avec services
- ☐ Établissement de soins de longue durée / Foyer de soins personnels / Hôpital
- ☐ Autre (préciser) \_\_\_\_\_

**16) Veuillez indiquer l'adresse de votre lieu de prise en charge habituel** (si elle diffère de l'adresse postale indiquée à la première page). **Remarque :** L'adresse doit se trouver sur le territoire de la ville de Winnipeg.

Adresse : \_\_\_\_\_  
Appartement                      Numéro                      Rue                      Ville                      Code postal

**17) Votre domicile est-il équipé d'une rampe ou d'un ascenseur?** ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez en décrire l'emplacement : \_\_\_\_\_

**18) Y a-t-il des marches à l'extérieur de la porte où se fait la prise en charge?**

☐ Si oui, combien? ☐ Non

**19) Êtes-vous capable de monter et descendre ces marches?** ☐ Oui ☐ Non

Veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**20) Nous pourrions avoir besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires auprès de votre ou de vos fournisseurs de soins afin de déterminer votre admissibilité, d'assurer votre sécurité et de vous fournir les services nécessaires. Veuillez fournir les coordonnées du ou des fournisseurs de soins qui s'occupent actuellement de vous :**

☐ Responsable AER/SAPM                      ☐ Coordonnateur des soins à domicile                      ☐ Ergothérapeute  
☐ Médecin Physiothérapeute                      ☐ Travailleur social

| Nom du fournisseur de soins | Adresse | Téléphone |
|-----------------------------|---------|-----------|
|                             |         |           |
|                             |         |           |
|                             |         |           |
|                             |         |           |
|                             |         |           |

## **DÉCLARATION ET AUTORISATION DE DIVULGATION**

Nous recueillerons les renseignements fournis dans ce formulaire afin de traiter votre demande. Nous pourrions les utiliser pour déterminer vos besoins et votre admissibilité au service, ainsi que pour le gérer et communiquer avec vous à ce sujet. Lorsque ces renseignements sont de nature personnelle (notamment des renseignements médicaux personnels), la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* nous autorisent à les recueillir à cette seule fin et vous accordent des droits en matière de protection de la vie privée. Nous n'utiliserons ni ne communiquerons vos renseignements personnels à d'autres fins, sauf si la loi l'autorise ou si vous y consentez. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec l'agent de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée en ligne à l'adresse [winnipeg.ca/vieprivee](http://winnipeg.ca/vieprivee), par la poste à l'adresse suivante : Bureau du greffier, immeuble Susan-A.-Thompson, 510, rue Main, Winnipeg (Manitoba) R3B 1B9, ou en composant le 311.

Je, \_\_\_\_\_, déclare que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts et véridiques à ma connaissance. Je comprends qu'une fausse déclaration pourrait entraîner une révision de ma demande auprès du service Transit Plus de Winnipeg (« le Service »). Je comprends que le Service se réserve le droit de me demander des renseignements supplémentaires ou d'en demander à la personne ou aux personnes mentionnées dans le présent formulaire de demande. J'autorise le ou les fournisseurs de soins de santé et la ou les personnes-ressources mentionnés dans le présent formulaire à communiquer au Service les renseignements pertinents pour déterminer mon admissibilité et mes besoins en matière de prestation de services. Je comprends que si le Service n'était pas en mesure d'obtenir les renseignements nécessaires, ma demande pourrait ne pas être traitée et être mise en attente. Je comprends que le Service peut réviser mon dossier à tout moment. Cette révision peut notamment porter sur mon admissibilité, la nécessité d'un accompagnement obligatoire, l'accès aux lieux de prise en charge et de débarquement, ou encore des questions liées à l'accès aux véhicules ou à l'équipement.

**Signature de la personne demandeuse :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Si vous n'êtes pas la personne demandeuse, mais que vous avez signé cette demande en son nom, nous vous demandons de fournir les renseignements suivants. Remarque : seuls les tuteurs légaux ou les mandataires peuvent signer au nom de la personne demandeuse.**

|                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
| Nom                       | Lien avec la personne demandeuse |
| Adresse                   | Téléphone                        |
| Signature du représentant | Date                             |