



CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Winnipeg Transit Plus est un service destiné aux personnes qui ne peuvent pas utiliser les autobus de transport en commun ordinaires, que ce soit tout le temps ou seulement une partie du temps. Pour être admissible au service de Winnipeg Transit Plus, vous devez remplir au moins l'une des conditions d'admissibilité.

Étape 1 – Déterminer si vous répondez aux critères

Veillez cocher les critères pour lesquels vous soumettez une demande :

Incapacité de marcher 175 mètres (575 pieds) à l'extérieur

À tout moment

Pendant les mois d'hiver seulement

Temporairement

En raison d'un traitement par dialyse

Maladie d'Alzheimer et démences apparentées (MAAD), qui interfère avec la capacité d'utiliser le système de transport en commun régulier à itinéraire fixe avec un niveau équivalent d'indépendance et de sécurité.

Vision de 20/200 ou moins dans les deux yeux, ou un champ visuel inférieur à 20 degrés dans les deux yeux qui ne peut être corrigé par le port de lentilles. **N° d'enregistrement INCA :** _____

OU soumettre des documents provenant de votre optométriste, ophtalmologiste ou neuro-ophtalmologiste confirmant votre admissibilité avec votre acuité visuelle ou votre champ visuel actuels dans les deux yeux.

Étape 2 – Remplir la demande d'autoaiguillage si l'un des critères ci-dessus est rempli :

Toutes les questions doivent être remplies. Vous n'êtes pas tenu de présenter ce formulaire à un professionnel de la santé.

Étape 3 – Étapes suivantes

Une fois le formulaire soumis, vous recevrez une lettre décrivant les étapes suivantes. La plupart des personnes doivent se présenter à une évaluation personnalisée afin d'examiner un ou plusieurs des éléments suivants, le cas échéant :

- Admissibilité au service
- Capacité à voyager en toute sécurité de manière autonome
- Pour s'assurer que votre équipement de mobilité peut être fixé en toute sécurité et répond aux exigences de Winnipeg Transit Plus en matière de transport.
- Accès au véhicule et besoins supplémentaires en matière de prestation de services

Winnipeg Transit Plus pourra peut-être vous offrir un trajet unique pour vous rendre à l'évaluation. La lettre que vous recevrez vous fournira plus d'informations.

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

DEMANDE DE SERVICE DE WINNIPEG TRANSIT PLUS

1) Je soumetts cette demande pour : Moi-même Une autre personne

2) Êtes-vous un utilisateur actuel ou ancien? Non Oui **N° d'enregistrement :** _____

Prénom du demandeur

Deuxième prénom du demandeur (le cas échéant)

Nom de famille du demandeur

Appartement

Numéro de voirie

Nom de la rue

Ville/localité

Code postal

Cellulaire

Téléphone (Domicile ou fixe)

Date de naissance (Mois/Jour/Année)

Courriel (pour une correspondance plus rapide)

Mode de communication préféré (sélectionnez-en-un) :

Courriel

Adresse postale

Courriel de la personne à contacter en cas d'urgence

Contact en cas d'urgence

Prénom

Nom de famille

Relation

Téléphone

Courriel

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

3) Recevez-vous des services de transport ou une aide financière pour le transport de l'une des sources suivant? Oui Non

Si oui, cochez toutes les cases qui s'appliquent. (Veuillez noter que Winnipeg Transit Plus ne duplique pas les services fournis par un autre fournisseur de services.)

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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Privé (p. ex., aide à la vie autonome, autobus du programme) | <input type="checkbox"/> En voiture |
| <input type="checkbox"/> Famille ou amis | <input type="checkbox"/> Taxis/services similaires |
| <input type="checkbox"/> Autobus de Winnipeg Transit | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

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

Si oui, veuillez expliquer en quoi cela répond à vos besoins en matière de transport :

Si non, veuillez expliquer : _____

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

7) Utilisez-vous des aides pour vous déplacer dans la communauté? Oui Non

Si oui, cochez toutes les cases qui s'appliquent :

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

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

Taille actuelle : _____ pieds/pouces

Poids actuel : _____ lb

9) Informations sur le fauteuil roulant/scooter :

Marque	Modèle	Largeur totale (pouces)	Longueur totale (pouces)
<p>Remarque : Longueur – mesurez la distance entre les deux points les plus éloignés. Largeur – mesurez la distance entre les jantes extérieures. Ne mesurez pas le siège.</p>			

Remarque : Longueur – mesurez la distance entre les deux points les plus éloignés. Largeur – mesurez la distance entre les jantes extérieures. Ne mesurez pas le siège.

10) Y a-t-il des supports d'arrimage? Oui Non Inconnu

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

12) Pouvons-nous contacter votre fournisseur d'aides à la mobilité pour obtenir plus d'informations? Oui Non

13) Pouvez-vous vous déplacer de votre fauteuil roulant ou de votre scooter au siège d'un véhicule de façon autonome? Remarque : Les passagers doivent passer d'un siège sur pied (par exemple, un scooter) à un siège de véhicule.

Oui Non

14) Pour voyager sans être accompagné, vous devez pouvoir :

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

Compte tenu de ces exigences, pouvez-vous voyager sans être accompagné? Oui Non

Veillez expliquer : _____

15) Veuillez vérifier votre lieu de prise en charge :

Maison/Maison mobile/Duplex

Appartement/Maison en rangée/Condo/Résidence-services

Établissement de soins de longue durée/Foyer de soins personnels/Hôpital

Autre (veuillez 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 dans les limites de la ville de Winnipeg.

Adresse : _____

Appartement

Numéro de voirie

Nom de la rue

Ville/localité

Code postal

17) Votre logement dispose-t-il d'une rampe ou d'un ascenseur? Oui Non

Si oui, veuillez décrire son emplacement : _____

18) Y a-t-il des marches à l'extérieur de la porte de prise en charge de votre domicile?

Oui, combien? _____ Non

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

Veuillez élaborer : _____

20) Nous pouvons parfois avoir besoin d'informations supplémentaires de la part de votre fournisseur de soins pour vérifier votre admissibilité, garantir votre sécurité et assurer la prestation des services. Veuillez fournir les coordonnées du ou des fournisseurs de soins actuellement impliqués dans vos soins :

Travailleur PAER/SAPM

Coordinateur des soins à domicile

Ergothérapeute

Médecin

Physiothérapeute

Travailleur social

Nom du fournisseur de soins	Adresse	Téléphone

DÉCLARATION ET AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS

Nous recueillons les renseignements contenus dans ce formulaire afin de traiter votre demande. Nous pouvons utiliser ces renseignements pour déterminer vos besoins en matière de services et votre admissibilité, ainsi que pour gérer vos services et communiquer avec vous à ce sujet. Lorsque les renseignements sont de nature personnelle (y compris les 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 fin, et ces lois vous accordent des droits en matière de protection de la vie privée. Nous n'utilisons ni ne partageons 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 winnipeg.ca/vieprivee, par courrier au Bureau du greffier, 510, rue Main, Winnipeg (Manitoba) R3B 1B9, ou par téléphone au 311.

Je, _____, déclare que les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et véridiques à ma connaissance. Je comprends qu'une fausse déclaration pourrait entraîner l'examen de ma demande pour Winnipeg Transit Plus (« le service »). Je comprends que le service se réserve le droit de me demander des renseignements supplémentaires ou de demander des renseignements supplémentaires aux personnes mentionnées dans le présent formulaire de demande. J'autorise le(s) fournisseur(s) de soins de santé et la (les) personne(s) de contact identifiée(s) dans le présent formulaire à communiquer au service les renseignements pertinents permettant de déterminer mon admissibilité et les exigences en matière de prestation de services. Je comprends que si le service n'est pas en mesure d'obtenir les renseignements nécessaires, ma demande pourrait ne pas être traitée et sera mise en attente. Je comprends que le service peut examiner mon dossier à tout moment. Cela peut inclure, sans s'y limiter, un examen de mon admissibilité, de la nécessité d'un accompagnateur obligatoire, de l'accès aux lieux de prise en charge et de dépôt, de l'accès aux véhicules ou de problèmes liés à l'équipement.

Signature du demandeur : _____ **Date :** _____

Si vous n'êtes pas le demandeur, mais que vous avez signé cette demande au nom du demandeur, nous vous demandons de fournir les renseignements suivants. Remarque : seuls les tuteurs légaux ou les personnes détenant une procuration peuvent signer au nom du demandeur.

Nom	Relation avec le demandeur
Adresse	Téléphone
Signature du représentant	Date