Association des transports communautaires de Hearst

FORMULAIRE DE DEMANDE

**Notre engagement à servir tous les clients comprend la mise en place de mesures d'accessibilité. Si vous avez besoin de soutien en raison de préoccupations liées à l'accessibilité ou si vous avez besoin d'aide pour remplir nos formulaires, veuillez communiquer avec nous au 705-362-4341 afin d'obtenir une version accessible.*

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Cette demande est limitée et ne sera prise en considération que pour les personnes résidant dans les limites de la ville de Hearst.

Nom : _____

Adresse : _____

_____

Date de naissance : _____ **Téléphone :** _____

À remplir et signer par les personnes qui répondent à l'un des critères suivants :

Personne de 60 ans et plus.

Personne ne pouvant utiliser des méthodes de transport en raison d'une incapacité physique à long terme résultant en un confinement à une chaise roulante de façon permanente.

Personne récipiendaire du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) qui n'a pas de permis de conduire, est sans emploi et n'a pas accès à un véhicule.

Personne récipiendaire du programme Ontario au travail qui n'a pas de permis de conduire, est sans emploi et n'a pas accès à un véhicule.

_____

Nom du demandeur **Signature** **Date**

En signant ce formulaire, je certifie que les informations données ci-dessus sont exactes et complètes.

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE		
☐ Approuvé		
☐ Refusé	*Valide jusqu'au*	*Signature*