



FORMULAIRE D'ÉLIGIBILITÉ

**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 :** _____

Ce formulaire doit être complété et signé par les personnes répondant à l'un des critères suivants, avec une certification par un professionnel de santé qualifié (infirmier diplômé, infirmier praticien ou médecin) :

Personne ayant :

Critères	✓
Handicap physique	
Handicap visuel	
Handicap intellectuel	
Arthrite sévère	
Paralysie partielle	
Fracture	
Cancer (maladie) nécessitant des accessoires d'accessibilité	
Incapacité de monter ou descendre des escaliers	
Incapacité de marcher plus de 175 mètres (600 pieds)	

Avez-vous un emploi? Oui Non

Détenez-vous un permis de conduire valide? Oui Non

Possédez-vous ou avez-vous accès à un véhicule? Oui Non

Type d'handicap : _____

Permanent : Oui Non

Temporaire du : _____ au : _____

Avez-vous besoin d'assistance pour embarquer? Oui Non

Personne à contacter (accompagnateur) : _____

No. de téléphone : _____

Utilisez-vous: (veuillez cocher)

Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	Béquilles	<input type="checkbox"/>
Cane	<input type="checkbox"/>	Déambulateur (marchette)	<input type="checkbox"/>
Autre (veuillez indiquer)	<input type="checkbox"/>		

Nom du demandeur/tuteur	Signature	Date
-------------------------	-----------	------

Nom du professionnel de la santé	Signature	Date
----------------------------------	-----------	------

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

Note :

L'admissibilité finale sera évaluée par la Corporation de la Ville de Hearst sur une base individuelle après vérification par un professionnel de la santé.

Envoyez cette demande à :

La Corporation de la Ville de Hearst
Sac postal 5000
925, rue Alexandra
Hearst, ON P0L 1N0
Téléphone : 705 362-4341 (1003)
Courriel : townofhearst@hearst.ca
Télécopieur : 705 362-5902

Conformément à la Loi sur l'accès à l'information et à la protection de la vie privée, les renseignements personnels contenus dans ce formulaire sont recueillis afin de déterminer l'admissibilité aux services d'accès à l'autobus communautaire en vertu de la Loi sur l'aménagement des voies publiques et des transports en commun.

Les questions peuvent être adressées à l'Hôtel de Ville de Hearst au 705-362-4341 (1003).

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE

Approuvé

Refusé

Valide jusqu'au

Signature