

## **Demande de laissez-passer pour personne de soutien du Transit du Grand Sudbury**

**Cette demande ne vise pas l'admissibilité au service Handi-Transit.**

Le laissez-passer pour personne de soutien n'est valable que pour les autobus du Transit du Grand Sudbury. Les utilisateurs du service Handi-Transit qui prévoient utiliser les autobus ordinaires du Transit du Grand Sudbury en compagnie d'une personne de soutien devraient remplir ce formulaire. Un laissez-passer pour personne de soutien n'est pas requis pour le service Handi-Transit.

**Veillez noter :** La Ville du Grand Sudbury n'assume pas les frais occasionnés par la préparation de cette demande.

Le laissez-passer pour personne de soutien du Transit du Grand Sudbury est une carte d'identité avec photo qui sert à identifier le détenteur comme une personne qui, en raison d'une incapacité, a besoin d'être accompagnée par une personne de soutien. Une personne de soutien est une personne que l'utilisateur a embauchée ou désignée spécifiquement pour l'aider avec les activités de la vie quotidienne, y compris le transport.

Moyennant le paiement du billet d'autobus par ou pour le détenteur, le laissez-passer pour personne de soutien permet à une personne de soutien de voyager sans frais sur un autobus du Transit du Grand Sudbury en compagnie du détenteur. Toute personne additionnelle doit payer son billet.

Le demandeur doit remplir les parties A et B de cette demande. Un professionnel de la santé autorisé (voir la liste ci-dessous) doit remplir et timbrer la partie C.

Veillez envoyer la demande par courrier à :

Transit du Grand Sudbury  
Place Tom Davies  
200, rue Brady  
C.P. 5000, succ. A  
Sudbury ON P3A 5P3

Un avis indiquant que votre demande est approuvée ou refusée vous parviendra 14 jours après que le Transit du Grand Sudbury aura reçu la demande. Si votre demande est refusée, vous pouvez porter la décision en appel au Comité d'audition du Conseil municipal de la Ville du Grand Sudbury.

Une fois la demande approuvée, on vous demandera de vous rendre au comptoir des billets au terminus du Transit au centre-ville, 9, rue Elm, pour faire prendre votre photo et recevoir votre laissez-passer pour personne de soutien.

Si vous préférez ne pas vous rendre au terminus du Transit au centre-ville, vous avez aussi l'option de poster deux photos format passeport signées au verso par le professionnel de la santé qui remplit la partie C de la demande. Veillez poster vos photos au Transit du Grand Sudbury. Votre laissez-passer pour personne de soutien dûment préparé sera posté à votre adresse à domicile.

**Partie A : Déclaration d'admissibilité, à remplir par le demandeur ou un suppléant autorisé au nom du demandeur**

En remplissant, en signant et en soumettant cette demande au Transit du Grand Sudbury, je déclare que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je comprends que la soumission de faux renseignements entraîne la perte permanente du laissez-passer pour personne de soutien.

J'autorise le Transit du Grand Sudbury à communiquer avec le professionnel de la santé indiqué ci-dessous pour obtenir au besoin d'autres renseignements nécessaires au traitement de ma demande de laissez-passer pour personne de soutien.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur ou du représentant autorisé

\_\_\_\_\_  
Date

**Partie B : Renseignements sur le demandeur, à remplir par le demandeur ou un représentant autorisé au nom du demandeur**

Prénom \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_

N° de téléphone principal \_\_\_\_\_

N° de téléphone secondaire \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

Ville et code postal \_\_\_\_\_

Adresse électronique (facultatif) \_\_\_\_\_

Veillez indiquer la raison ou les raisons précises qui nécessitent l'accompagnement d'une personne de soutien.

Ce formulaire de demande a été rempli par :

Le demandeur \_\_\_\_\_

Un représentant autorisé \_\_\_\_\_

**Partie C : Renseignements médicaux, à remplir par un professionnel des soins de santé autorisé et réglementé**

(médecin de famille ou autre médecin, y compris : psychiatre, physiothérapeute, optométriste, audiologiste, psychologue, chiropraticien/chiropraticienne, ergothérapeute, orthophoniste, infirmière praticienne/infirmier praticien ou infirmière autorisée/infirmier autorisé)

Nom \_\_\_\_\_

Affiliation professionnelle \_\_\_\_\_

N° d'enregistrement professionnel \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

Ville et code postal \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

Est-ce que l'incapacité du demandeur est

Permanente

Temporaire

Si elle est temporaire, quelle est sa durée prévue? \_\_\_\_\_

J'atteste que le demandeur est une personne ayant une incapacité qui, en raison de cette incapacité, a besoin d'être accompagnée par une personne de soutien pour l'aider avec les activités de la vie quotidienne, y compris les déplacements. J'atteste qu'à ma connaissance, les renseignements que j'ai fournis dans cette demande sont exacts et complets.

Timbre du professionnel médical

Signature du professionnel médical \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Les renseignements personnels demandés dans ce formulaire sont obtenus en vertu de la *Loi sur les municipalités de 2001* aux fins de l'administration du Programme d'aide aux personnes de soutien du Transit du Grand Sudbury, notamment pour déterminer l'admissibilité et avertir les demandeurs de toute modification éventuelle au programme. Toute question au sujet de la collecte de ces renseignements peut être adressée à :

Gestionnaire des opérations  
Transit du Grand Sudbury  
C.P. 5000, succ. A  
Sudbury ON P3A 5P3

Pour la photo d'identification du Transit du Grand Sudbury. À l'usage de l'administration  
seulement.

Date de délivrance du laissez-passer \_\_\_\_\_

N° du laissez-passer \_\_\_\_\_