

Demande de laissez-passer pour personne de soutien de GOVA

La présente demande n'accorde pas l'admissibilité au service GOVA Plus.

Le laissez-passer pour personne de soutien s'applique uniquement au service de transport en commun conventionnel de GOVA. Les clients de GOVA Plus doivent remplir la présente demande s'ils prévoient se déplacer à bord des autobus conventionnels de GOVA avec une personne de soutien. GOVA Plus n'exige pas un laissez-passer pour personne de soutien.

À noter : La Ville du Grand Sudbury n'assume aucune responsabilité à l'égard des frais engagés pour remplir la présente demande.

Le laissez-passer pour personne de soutien de GOVA est une carte d'identité à photo qui identifie le titulaire de la carte comme étant une personne qui, en raison d'un handicap, a besoin d'être accompagnée d'une personne de soutien. Une personne de soutien est une personne que vous avez embauchée ou désignée spécifiquement pour vous aider avec les activités de la vie quotidienne, y compris les déplacements.

Après paiement des tarifs par ou pour le titulaire de la carte, le laissez-passer pour personne de soutien autorise le titulaire de la carte à se faire accompagner gratuitement par une personne de soutien à bord des autobus conventionnels de GOVA. Tout autre compagnon ou escorte doit payer les tarifs appropriés.

Le demandeur doit remplir les parties A et B de la présente demande. Un professionnel de la santé réglementé, tel qu'identifié ci-dessous, doit remplir la partie C et y apposer son tampon.

Veillez acheminer la demande par la poste à l'adresse suivante :

Services de transport en commun GOVA
Place Tom Davies
200, rue Brady
C. P. 5000, succ. A
Sudbury (Ontario) P3A 5P3

Vous recevrez un avis vous informant du statut de votre demande (approuvée ou refusée) dans les quatre (4) jours suivant la réception de la présente demande par les Services de transport en commun GOVA. Si votre demande est refusée, vous aurez l'option d'appeler de la décision auprès du Comité d'audition du Conseil municipal de la Ville du Grand Sudbury.

Si votre demande est approuvée, l'on vous demandera de vous présenter au comptoir de services du Centre de transport du centre-ville, au 9, rue Elm, Sudbury, afin de prendre une photo et de recevoir votre laissez-passer pour personne de soutien.

Si vous préférez ne pas visiter le Centre de transport du centre-ville, vous pouvez aussi nous envoyer par la poste deux (2) photos de passeport en couleur, signées au verso par le professionnel de la santé réglementé qui a rempli la partie C de la présente demande. Veuillez envoyer ces photos aux Services de transport en commun GOVA. Votre laissez-passer pour personne de soutien sera envoyé par la poste à votre adresse domiciliaire.

Partie A : Déclaration d'admissibilité (à remplir par le demandeur ou par une personne autorisée au nom du demandeur)

En remplissant, en signant et en soumettant la présente demande aux Services de transport en commun GOVA, j'atteste que les renseignements fournis sont vrais et exacts. Je comprends que la soumission de faux renseignements entraînera la perte permanente du droit à un laissez-passer pour personne de soutien.

J'autorise les Services de transport en commun GOVA à communiquer avec le professionnel de la santé identifié ci-dessous afin d'obtenir des renseignements additionnels relativement à ma demande de laissez-passer pour personne de soutien.

Signature du demandeur ou de la personne autorisée

Date

Partie B : Renseignements sur le demandeur (à remplir par le demandeur ou par une personne autorisée au nom du demandeur)

Prénom _____

Nom de famille _____

Téléphone principal _____

Autre téléphone _____

Adresse civique _____

Ville et code postal _____

Courriel (facultatif) _____

Veillez expliquer les raisons exactes pour lesquelles vous avez besoin d'être accompagné d'une personne de soutien.

La présente demande a été remplie par :

Demandeur _____

Personne autorisée _____

Partie C : Renseignements médicaux (à remplir par un professionnel de la santé réglementé)

(médecin de famille ou autre praticien, y compris psychiatre, physiothérapeute, optométriste, audiologiste, psychologue, chiropraticien, ergothérapeute, orthophoniste, infirmière praticienne et infirmière autorisée)

Nom _____

Affiliation professionnelle _____

N° d'enregistrement du professionnel _____

Adresse civique _____

Ville et code postal _____

Téléphone _____

Le handicap du demandeur est :

permanent

temporaire

Si le handicap est temporaire, quelle en est la durée prévue? _____

J'atteste que le demandeur est une personne ayant un handicap qui, en raison de ce handicap, a besoin qu'une personne de soutien l'aide avec les activités de la vie quotidienne, y compris les déplacements. Je certifie que les renseignements que j'ai fournis dans la présente demande sont exacts et complets au meilleur de mes connaissances.

Tampon du professionnel de la santé

Signature du professionnel de la santé _____

Date _____

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi de 2001 sur les municipalités* dans le cadre du Programme d'accompagnement par des personnes de soutien des Services de transport en commun GOVA, y compris pour déterminer l'admissibilité et informer les demandeurs de tout changement futur au programme. Veuillez adresser vos questions sur cette collecte à la personne ci-dessous :

Gestionnaire des Opérations des services de transport en commun
a/s des Services de transport en commun du Grand Sudbury
C. P. 5000, succ. « A »
Sudbury (Ontario) P3A 5P3

Réservé à l'usage interne – Cartes d'identité à photo de GOVA :

Date d'émission de la carte _____

Numéro de la carte _____