

POUR UTILISATION MTA UNIQUEMENT  
NE PAS ÉCRIRE DANS CETTE CASE

Demande reçue: \_\_\_\_\_ Date d'agrément: \_\_\_\_\_ Statut: Éligible Refusé Conditionnel \_\_\_\_\_  
Lettre envoyée: \_\_\_\_\_ Date d'appel: \_\_\_\_\_  
Période d'éligibilité: 3 ans 1 an Visiteur Temporaire pour \_\_\_\_\_



## Autorité de transport de Manchester Transport adapté Stepsaver Demande d'admissibilité

Le MTA s'engage à assurer un accès égal à ses services pour tous les individus, quel que soit leur invalidité. Toutes les informations fournies dans cette demande sont confidentielles et servent uniquement à déterminer l'éligibilité. Si vous remplissez les critères d'éligibilité initiaux, vous serez convoqué pour une entrevue pour la détermination finale du statut d'éligibilité.

Veuillez noter : Les visiteurs qui sont éligibles en vertu de l'ADA dans d'autres villes ou États sont invités à utiliser notre service pendant leur visite jusqu'à vingt et un (21) jours.

Merci de retourner le dossier complété à :

Autorité de transport de Manchester  
Programme StepSaver  
110, rue Elm  
Manchester, NH 03101

### PARTIE A : À REMPLIR PAR LE CANDIDAT

REMARQUE : VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.

LES DEMANDES NE PEUVENT ÊTRE TRAITÉES SANS LA PARTIE D REMPLIE.

Veillez taper ou imprimer clairement

Nom du demandeur: \_\_\_\_\_

Adresse du domicile: \_\_\_\_\_ Apte# \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ État: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Nouvelle demande     Demande de renouvellement     Demande temporaire     Demande de visiteur

Téléphone fixe #: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone du deuxième (soir): \_\_\_\_\_

Masculin    Féminin    Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Aurez-vous besoin de futurs documents dans un format accessible? Si oui, encerclez une :

Braille     Gros caractères     Cassette audio     Disque informatique

Personne ou organisme à contacter en cas d'urgence :

Nom: \_\_\_\_\_

Relation: \_\_\_\_\_

Téléphone fixe: \_\_\_\_\_

Téléphone de travail: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà une carte d'identité MTA ?     Oui     Non

## PARTIE B : DEMANDE DE CERTIFICATION ADA

1. Lequel des aides à la mobilité ou de l'équipement suivants utilisez-vous pour vous aider à vous rendre là où vous devez aller ?

Veuillez cocher tout ce qui s'applique.

Fauteuil roulant manuel

Respirateur/réservoirs d'oxygène

Scooter électrique

Canne guide

Marcheur

Animal d'assistance (chien-guide, etc.)

Canne

Je n'utilise pas d'aide à la mobilité

Béquilles

Autre \_\_\_\_\_

Dispositif prothétique/orthèse

2. À l'aide d'une aide à la mobilité, d'un équipement ou debout seul, quelle est la durée la plus longue pendant laquelle vous pouvez attendre le transport ?

1-15 minutes

45-60 minutes

15-30 minutes

Plus de 60 minutes

30-45 minutes

Je ne peux pas attendre sans assistance

3. En utilisant une aide à la mobilité, un équipement ou en marchant seul, combien de pâtés de maisons pouvez-vous parcourir à niveau sol? Encerclez ci-dessous la réponse qui décrit le mieux votre situation.

1-2 blocs

Jamais

Parfois

Toujours

2-4 blocs

Jamais

Parfois

Toujours

4-6 blocs

Jamais

Parfois

Toujours

6-8 blocs

Jamais

Parfois

Toujours

Plus de 8 blocs

Jamais

Parfois

Toujours

4. Utilisez-vous actuellement le système de bus à itinéraire fixe MTA ?

Oui

Non

• Si non, veuillez cocher tout ce qui s'applique :

J'ai un handicap qui m'empêche de monter à bord d'un bus MTA.

Je n'ai aucune connaissance ou expérience avec le système de bus MTA, donc je ne sais pas si je suis capable de l'utiliser.

Je ne peux pas me rendre seul à un arrêt d'autobus parce que je suis désorienté ou confus.

J'ai une invalidité épisodique. Je peux utiliser le bus les jours où je me sens bien, mais je suis incapable de le faire parfois.

Je ne veux pas emprunter le système de bus à itinéraire fixe

Il n'y a pas de bordures de trottoir, de trottoirs pavés ou le sol est trop inégal

Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

5. Si vous n'utilisez pas le système de bus à itinéraire fixe, qu'est-ce qui vous aiderait ?

- Veuillez cocher tout ce qui s'applique :

Soulevez les autobus accessibles.

En savoir plus sur le système de bus à itinéraire fixe

Je voyagerais s'il y avait des lignes de bus fixes accessibles où je dois aller.

Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

6. Pouvez-vous suivre des instructions écrites ou orales pour utiliser le système de bus à itinéraire fixe ?

Oui  Non

7. Pouvez-vous passer d'une ligne de bus fixe régulière à une autre ?

Oui  Non

8. Pouvez-vous gravir trois marches de 12 pouces sans assistance ?

Oui  Non  Non, car j'utilise une aide à la mobilité

- Si non, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

9. Pouvez-vous communiquer avec le chauffeur de bus par vous-même ?

Oui  Non

- Si non, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

10. Voyagez-vous avec un préposé aux soins personnels (PCA, par exemple, une personne comme un préposé à domicile ou un ami qui vous assiste lorsque vous vous déplacez hors de chez vous) ?

Oui  Non

11. Votre condition est-elle affectée par la météo ?

Oui  Non

- Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si vous n'êtes pas le demandeur, mais que vous avez rempli cette demande au nom du demandeur, vous devez fournir le

informations suivantes (veuillez imprimer ou dactylographier):

Nom de la personne remplissant cette demande : \_\_\_\_\_

Relation avec le postulant: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Agence: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## PARTIE C : ACCORD DU CANDIDAT ET INFORMATIONS

Les demandes Stepsaver non traitées dans les 21 jours suivant la réception entraîneront une admissibilité présumée, le service sera accordé jusqu'à ce qu'une décision d'admissibilité soit prise.

### ACCORD AUX CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ

Je comprends que ma demande sera retournée si elle est incomplète et cela retardera le traitement de ma demande. J'affirme que toutes les informations que je fournis sur cette candidature sont véridiques au meilleur de ma connaissance. Je comprends que ma candidature est sujette à examen et vérification et que la fausse déclaration de toute information importante entraînera la révocation de mon inscription. Je comprends également que le non-respect des politiques et procédures d'utilisation du service MTA StepSaver sera un motif de suspension de mon admissibilité à ce programme.

J'accepte d'informer le MTA si je n'ai plus besoin d'utiliser ce service.

X \_\_\_\_\_

Signature du demandeur ou de la partie responsable

\_\_\_\_\_

Date

### AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS

J'autorise le professionnel qui a rempli la PARTIE D de cette demande à divulguer des informations sur mon handicap ou mon état de santé et son effet sur ma capacité à utiliser le service d'autobus fixe MTA. Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment. À moins d'être révoqué plus tôt, ce formulaire permettra au professionnel remplissant la PARTIE D de divulguer les renseignements décrits jusqu'à 90 jours à compter de la date ci-dessous. Je comprends que toutes les informations médicales fournies sur mon handicap ou mon état de santé resteront strictement confidentielles dans les limites de la loi.

X \_\_\_\_\_

Signature du demandeur ou de la partie responsable

\_\_\_\_\_

Date

### PROCESSUS D'APPEL DES AMÉRICAINS HANDICAPÉS (ADA)

Si votre détermination d'admissibilité au transport adapté par l'ADA aboutit à une conclusion d'inadmissibilité au service de transport adapté ou à une détermination d'admissibilité limitée ou conditionnelle et que vous estimez que cette décision a été prise par erreur, vous avez le droit de faire appel de cette décision.

Pour déposer cet appel, vous devez aviser le MTA par écrit dans les 60 jours suivant la date de la lettre de détermination. Une fois votre appel reçu, une audience sera fixée pour évaluer votre cas. Le directeur exécutif adjoint de la MTA servira d'agent d'appel. Le processus d'audience (qui ne devrait pas prendre plus de 30 jours) vous permettra de présenter des informations et des arguments en votre nom. Vous pouvez avoir d'autres personnes présentes qui sont au courant de votre déficience physique ou mentale et peuvent parler en votre nom, mais vous devez assumer les frais de ces autres porte-parole. Après l'audience, vous serez avisé par écrit de la décision de la commission d'appel. La décision de la commission d'appel est définitive.

Le MTA n'est pas tenu de vous fournir un service de transport adapté pendant que votre appel est en cours. considération. Si la commission d'appel n'a pas rendu sa décision dans les 30 jours suivant la réception de votre appel, vous avez droit au service de transport adapté à partir de ce moment jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue.

## PARTIE D. DEMANDE DE VÉRIFICATION PROFESSIONNELLE

Cher professionnel de la santé :

Il vous est demandé de remplir une évaluation du handicap du candidat qui l'empêche d'utiliser le système de bus à itinéraires fixes MTA. En remplissant et en signant ce document, vous (le professionnel de la santé) certifierez la véracité et l'exactitude des informations fournies sur cette demande, au meilleur de vos connaissances professionnelles.

Le programme de transport adapté de la Manchester Transit Authority (MTA), StepSaver, est partiellement financé par le gouvernement fédéral. La loi fédérale (The American with Disabilities Act of 1990) exige que le MTA fournisse des services aux personnes qui ne peuvent pas utiliser notre système de bus à itinéraire fixe. Cependant, les ressources pour les services StepSaver sont limitées. Les informations que vous fournissez aideront le MTA à effectuer une évaluation appropriée de cette demande de service StepSaver. Pour bénéficier du service StepSaver, une personne doit être incapable d'utiliser le système de bus à itinéraire fixe et remplir les critères d'éligibilité suivants :

Veuillez noter:

StepSaver est un service de transport pour les personnes handicapées qui, en raison de leur handicap, ne peuvent pas embarquer, monter, débarquer ou naviguer dans un bus à itinéraire fixe MTA. (Tous les bus à itinéraire fixe MTA sont accessibles aux personnes handicapées).

Votre vérification doit être remplie complètement pour que le traitement ait lieu. Si la demande n'est pas complète, elle sera renvoyée, ce qui retardera le traitement de la demande.

Votre évaluation de chaque individu doit être basée uniquement sur la capacité de l'individu à utiliser le système de bus à itinéraire fixe MTA. Veuillez faire preuve de prudence lors de l'évaluation des candidats à ce programme. De fausses informations utilisées pour acquérir des services pour ce demandeur pourraient entraîner des limitations de voyage pour d'autres personnes légitimement qualifiées pour utiliser ce programme.

Les informations suivantes seront utilisées pour s'assurer que le type de véhicule approprié est utilisé pour assurer le transport. N'hésitez pas à appeler notre bureau à tout moment si vous avez des questions spécifiques, au 603-623-8801.

Le MTA peut contacter le professionnel de la santé chargé de la certification pour vérifier l'exactitude des informations. Le MTA prendra la décision finale quant à l'admissibilité du demandeur. Merci pour votre aide.

1. Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

2. Qualité en laquelle vous connaissez le demandeur : \_\_\_\_\_

3. Quand le demandeur a-t-il été traité ou vu par vous pour la dernière fois ? \_\_\_\_\_

4. En moyenne, à quelle fréquence le candidat est-il vu par vous ? \_\_\_\_\_

5. Veuillez donner une appréciation de la mobilité fonctionnelle du candidat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Veuillez cocher tous les handicaps qui nuiraient à la capacité du demandeur de voyager dans les autobus à itinéraire fixe :

## Neuromusculaire :

Paralyse cérébrale  
Dystrophie musculaire  
Maladie de Parkinson

Accident vasculaire cérébral/traumatisme cérébral

Quadriplégie  
Sclérose en plaques  
Paralégie  
Autre : \_\_\_\_\_

## Orthopédie/Médecine générale :

Arthroplastie (préciser) \_\_\_\_\_  
Perte d'un membre (préciser) \_\_\_\_\_  
Os cassé (préciser) \_\_\_\_\_  
Diabète (sévère)  
Cancer  
Épilepsie (sévère)  
Maladie rénale/dialyse  
Autre : \_\_\_\_\_

## Cardiovasculaire:

Fibrose Kystique  
Emphysème  
Insuffisance cardiaque congestive  
Maladie vasculaire périphérique  
Asthme  
Crise cardiaque  
Autre : \_\_\_\_\_

## Cognitif/Psychologique :

La maladie d'Alzheimer  
Démence  
Déficience développementale  
Traumatisme crânien  
Trouble du spectre autistique  
Schizophrénie  
Autre : \_\_\_\_\_

VISION		
Cochez toutes les cases	Un oeil	Les deux yeux
Cataractes		
Cécité corticale		
Glaucome (tous types)		
Dégénérescence maculaire		
Décollement de la rétine		
Rétinopathie		
Légalement aveugle		
Totalement aveugle		
Autre:		
AUDIENCE		
Cochez toutes les cases	Une oreille	Les deux oreilles
Partiellement sourd		
Complètement sourd		
Autre:		

7. Le demandeur pourrait-il être laissé sans surveillance à un lieu de prise en charge ou de dépôt ?

Oui

Non

8. Veuillez indiquer si le demandeur peut faire l'une des choses suivantes :

Parcourez deux pâtés de maisons sans assistance	Oui	Non	Parfois
Montez trois marches de 12 pouces sans assistance	Oui	Non	Parfois
Attendre dehors sans assistance pendant 30 minutes	Oui	Non	Parfois
Donner l'adresse et les numéros de téléphone sur demande	Oui	Non	Parfois
Reconnaître une destination ou un point de repère	Oui	Non	Parfois
Faire face à des situations inattendues ou à des changements de routine	Oui	Non	Parfois
Demandez, comprenez et suivez les instructions	Oui	Non	Parfois
Voyager efficacement dans des installations bondées/complexes	Oui	Non	Parfois

9. L'état du demandeur l'empêcherait-il d'utiliser le service public à itinéraire fixe ?

Oui

Non

Si oui, veuillez expliquer en détail : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. L'état du demandeur est-il temporaire ?

Oui

Non

Si oui, la durée prévue est \_\_\_\_\_ mois

12. Le demandeur serait-il conditionnellement éligible au service MTA StepSaver en raison des conditions météorologiques ?

Oui

Non

Si oui, pendant quels mois auraient-ils besoin de service ? \_\_\_\_\_

Si oui, explique pourquoi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Y a-t-il d'autres informations sur la capacité fonctionnelle du candidat qu'il serait important que nous sachions compte tenu de sa capacité à utiliser le service régulier d'autobus fixes?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

Nom et titre du professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

Numéro de licence, d'enregistrement ou de certificat : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise ou de l'agence : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_