

Demande d'adhésion au service Mobibus

- service réservé aux personnes à mobilité réduite -

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Commune d'habitation (appartenant obligatoirement à la CAPI) :

Adresse et code postal :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

E-mail :

Documents à fournir :

- ⇒ Une photo d'identité avec votre nom au dos
- ⇒ Copie d'un justificatif de domicile
- ⇒ Copie recto/verso de votre carte d'invalidité à 80%
- ⇒ Certificat médical en cas de handicap moteur temporaire ou permanent
- ⇒ Frais de dossier pour l'année 15 € (tarif au 1^{er} septembre 2015)

- Votre handicap nécessite l'usage :

d'un fauteuil roulant manuel d'un fauteuil roulant électrique

Autre (préciser) :

- Vous souhaitez être pris en charge :

Occasionnellement (1 ou 10 trajets) Régulièrement (abonnement)

- Serez-vous accompagné lors de vos déplacements ?

Oui systématiquement Parfois Jamais

Accompagnateur obligatoire (« mention besoin d'accompagnement – tierce personne »)

.- Type de handicap :

- Handicap moteur permanent ou temporaire nécessitant l'usage d'un fauteuil roulant
- Handicap visuel donnant droit à la carte d'invalidité mention « Cécité »
- Personnes disposant d'une carte d'invalidité à 80% sans mention et souffrant de troubles déambulatoires ⇒ votre demande est conditionnée par un avis médical, merci de nous communiquer votre n° de dossier MDA (Maison Départementale de l'Autonomie) :.....

Cet avis médical sera émis par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale de l'Autonomie de l'Isère (MDA) à partir des critères suivants :

- Personnes avec appareillage limitant les déplacements, cannes anglaises, déambulateurs, rollator, assistance respiratoire.
- Personnes avec troubles de l'équilibre sévères et quasi permanents

Par conséquent,

Je soussigné, Monsieur, Madame, (rayer la mention inutile) autorise un médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la Maison départementale de l'Autonomie de l'Isère à consulter mes dossiers constitués auprès de la MDA.

N° de dossier Maison Départementale de l'Autonomie :.....

A.....le...../...../...20.....

Signature

NE RIEN INSCRIRE – CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Je soussigné, médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDA, certifie que dossier MDA N°.....,

répond au moins à un critère permettant l'adhésion au service Mobibus du réseau RUBAN.

- OUI
- NON

Fait àle/...../ 20.....

Signature et tampon