



ville-rouvroy62.fr

ROUVROY62



Transport solidaire

Personnes âgées ou à mobilité réduite

Conditions:

- Être (s) domicilié (s) à ROUVROY
- Être (s) retraité (es) ou en situation d'handicap
- Ne plus ou ne pas savoir conduire un véhicule
- Avoir la mobilité nécessaire pour monter et descendre d'un véhicule sans l'aide d'une tierce personne (justifié par un certificat médical), seule l'aide de courtoisie est autorisée.

Renseignements:

Identité:

Nom de naissance:

Nom Marital:

Prénom:

Date et lieu de naissance:

Tel fixe :

Tel portable :

Adresse:

.....

.....

Situation familiale :

Célibataire

Veuf(ve)

Concubinage

Marié(e)

Divorcé(e)

**Si nécessaire, coordonnées de la personne à contacter pour l'évaluation:**

Nom:

Prénom:

Tel :

Je souhaite bénéficier du service de transport des personnes âgées ou à mobilité réduite.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement et m'engage à recevoir l'agent référent du CCAS afin qu'il procède à la constitution de ma demande et à l'évaluation de ma situation.



Fiche de liaison :

Référent à contacter:

Nom:

Prénom:

Adresse:

.....

Tel :

Lien avec la personne prise en charge :

Régime d'affiliation sécurité sociale :

Régime :

Numéro :

Caisse de retraite : CRAM CDC SNCF Autres

précisez autre :

Médecin traitant : Infirmière:

Pathologie(s):

.....

.....

ACTP ou PCH : Oui Non Numéro:

APA: Oui Non Numéro: GIR:

Télé-assistance : Oui Non



Association d'aide à domicile : Oui Non

- Organisme :.....
- Type de contrat :.....
- Fréquence de passage :.....

H.A.D : Oui Non

S.S.I.A.D : Oui Non

Aidants et types d'aides :

- Familiaux :.....
- Autres :.....

Remarques et précisions divers :

Fait à:

Signature :

Le :