

## Déclaration d'autonomie aux fins de transport

**\*\*Tout formulaire incomplet ne sera pas considéré comme valide et entraînera le maintien de la prise en charge du client.**

### Identification du client du service de transport adapté de Longueuil

Nom du client		Numéro de client
Adresse	Appartement	Téléphone
Ville.	C.P..	Cellulaire ou autre

### Déclaration et identification du professionnel, à remplir que si la dérogation s'applique au client

(professionnels autorisés pour déficience **intellectuelle**: Éducateur spécialisé, psychoéducateur, psychologue ou travailleur social **œuvrant dans le domaine de la déficience intellectuelle**.)

(Professionnels autorisés pour déficience du **psychisme**: Ergothérapeute, infirmière ou travailleur social, **tout œuvrant dans le domaine de la déficience du psychisme**.)

**Depuis combien de temps traitez-vous ou offrez-vous des services à cette personne ?** \_\_\_\_\_

Ce formulaire a été rempli par: \_\_\_\_\_ (Estampille ou sceau)

Prénom et nom du professionnel \_\_\_\_\_

Fonction: \_\_\_\_\_ Numéro de pratique \_\_\_\_\_

Signature obligatoire \_\_\_\_\_ Date (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

### Déclaration et identification du spécialiste de la santé:

J'atteste que ce client est suffisamment autonome pour être laissé seul à sa destination sans gardiennage et sans que cela représente un risque pour sa santé, sa sécurité ou celles des autres. Par conséquent, je demande au RTL de ne pas exiger la présence d'une personne qui assumerait sa prise en charge :

- 1) n'a pas l'autonomie nécessaire pour rester seule     2) le client est autonome à toutes destinations
- 3) le client est autonome aux adresses suivantes (maximum de 4 adresses, inclure l'adresse de résidence s'il y a lieu)

Numéro civique    rue    app.    ville    code postal

Numéro civique    rue    app.    ville    code postal

Numéro civique    rue    app.    ville    code postal

Numéro civique    rue    app.    ville    code postal

**Je (le responsable) m'engage à informer le RTL de toutes modifications à cette déclaration.**

**Responsable ou tuteur légal (écrire en lettres moulées), si aucun responsable ou tuteur légal, le client doit remplir cette section.**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Lien avec le client \_\_\_\_\_  
(père, mère, tuteur, curateur, **client**, etc.)

Adresse du responsable \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone

Domicile \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_ cellulaire \_\_\_\_\_

**Veillez inscrire en lettres moulées, les coordonnées de deux personnes à rejoindre en cas d'urgence**

Prénom, Nom \_\_\_\_\_

Résidence \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_ cellulaire \_\_\_\_\_

Prénom, Nom \_\_\_\_\_

Résidence \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_ cellulaire \_\_\_\_\_

J'autorise le RTL à consulter toute personne ayant un lien avec le client de la présente demande.

\_\_\_\_\_  
Signature du responsable, tuteur légal  
(ou client si aucun responsable)

\_\_\_\_\_  
Date

### Important

Cette déclaration a pour but de respecter l'autonomie de l'utilisateur concerné tout en maintenant des conditions sécuritaires lors des débarquements.

Lorsque le chauffeur du transport adapté est informé qu'un client est autonome, il doit:

- S'assurer **d'être à la bonne adresse.**
- Accompagner le client jusqu'à la porte.
- S'assurer que le client **est entré à destination.**

Ce formulaire doit être signé par la personne **légalement responsable** du client (parent, curateur, etc.). Lorsque le client peut assumer cette responsabilité, il signe lui-même ce formulaire.

Assurez-vous de nous retourner le formulaire **original** rempli et signé par le spécialiste de la santé. Les télécopies ne sont pas acceptées.

**Au besoin un employé du transport adapté contactera la personne légalement responsable afin de valider les renseignements.**

**Section réservée à l'usage unique du Réseau de transport de Longueuil**

Signature de l'officier délégué du transport adapté : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_