

B Questions concernant la mobilité

- 1. - Avez-vous besoin d'un fauteuil roulant? toujours parfois non

- 2. - Pouvez-vous entrer dans une voiture normale et en ressortir? oui non

- 3. - Pouvez-vous utiliser les transports publics (tram, bus, train)?
 oui non partiellement

Si "**non**", pour quelles raisons?

.....

.....

.....

.....

Si "**partiellement**", à quelles conditions?

.....

.....

.....

.....

4. Comment vous déplacez-vous depuis que vous avez des problèmes de mobilité?

	<i>souvent</i>	<i>rarement</i>	<i>jamais</i>
- A pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avec ma voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avec mon conjoint/ma conjointe des voisins/des connaissances,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- En taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Au moyen des transports publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Quelles sont les principales raisons de vos déplacements?

- Travail: Où?.....
- Traitement: Où?.....
- Médecins: Lesquels?.....
- Loisirs: Ex.:
- Autres : Ex.:

6. Habitez-vous dans un home dans votre propre logement ?

Pour les **personnes résidant dans un home**: est-ce que tout ou partie des transports pourraient être effectués avec les véhicules de l'établissement?

oui non partiellement

Si "**partiellement**", lesquels? combien?

.....
.....
.....

7. Connaissez-vous/Utilisez-vous d'**autres offres de transport** (le Service de transport de la Croix-Rouge, etc.)?

oui non

Si vous n'utilisez **pas** ces offres de transport, pour quelle raison?

.....
.....
.....

8. Avez-vous la possibilité (si vous utilisez les transports publics, p. ex.) de vous faire **accompagner**? Quelle est cette possibilité?

.....
.....

9. Quelles étaient/sont les possibilités de financement par des tiers (caisse-maladie /AI/ prestations complémentaires)?

.....
.....
.....
.....

Je déclare que les réponses aux questions ci-dessus sont conformes à la vérité. J'autorise le service responsable à prendre contact, si nécessaire, avec mon médecin traitant ou avec les services sociaux.

Lieu/Date:

Signature du demandeur/de la demandeuse:

La demande dûment remplie doit être envoyée, annexes et (si nécessaire) attestation médicale comprises, à l'adresse suivante:

Fondation THB, Schwarztorstrasse 32, 3007 Berne
Tél. 031 / 307 40 40

C ATTESTATION MEDICALE

(Nécessaire pour **toutes les premières demandes**. Demandes de **renouvellement**, si votre carte n' a été valable qu' une année)

Veillez écrire en majuscules ou à la machine!

1. Le demandeur a-t-il besoin d' un fauteuil roulant?

toujours

parfois

non

Si parfois, dans quelles circonstances?

2. Le demandeur peut-il utiliser les transports publics locaux, c'est à dire monter et descendre des marches, éventuellement avec l' aide d' un tiers?

oui

non

Le demandeur peut-il atteindre seul l'arrêt le plus proche des transports publics locaux, c'est à dire peut-il franchir une distance d'environ 200m?

oui

non

Remarques:

3. Diagnostic médical:

4. Le handicap est-il:

irréversible?

temporaire?

évolutif?

stable?

S'il est temporaire, quelle sera sa durée probable?

5. Remarques:

Lieu / Date:

Signature et tampon du médecin:

.....

.....