

Demande de carte de légitimation

- Première demande Demande de renouvellement

Remarque importante :

- Veuillez lire attentivement la **feuille d'information** avant de remplir le formulaire.
- Seuls les formulaires de demande dûment complétés peuvent être traités.
- **Veuillez joindre une photo au format passeport ou l'envoyer à info@stiftung-btb.ch**

A Renseignements personnels

Nom / prénom

Date de naissance

NPA/lieu

Rue

Numéro de téléphone

N° AI/AVS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse pour la correspondance

(toutes les informations écrites seront envoyées à cette adresse)

.....

.....

Adresse e-mail : nous vous recommandons de fournir une adresse e-mail.
Une fois par mois, vous y recevrez le récapitulatif de votre contingent (solde de vos courses).

.....

Facultatif : **personne à contacter** pour les questions :

.....

Langue : allemand français

Recevez-vous des **prestations complémentaires** (à l'AI/AVS) ? oui non

Avez-vous une **assurance maladie complémentaire** (transport sanitaire) ? oui non

Ne pas remplir ce cadre !

Délivrance de la carte :

Demande refusée

RI FI RA FA

..... an(s)

Remarques

B Questions concernant la mobilité

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

2. Pouvez-vous utiliser les transports publics ? (tram, bus, train)

oui non en partie

Si **non**, pour quelles raisons ?

.....
.....

Si **en partie**, dans quelles circonstances ?

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

3. Pouvez-vous monter/descendre d'une voiture normale ? oui non

4. Avez-vous besoin d'aide pour utiliser une voiture normale ou un taxi-handicap ? P.
ex. aide du domicile au véhicule, ou du véhicule à la destination. De quel type d'aide ?

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

5. Comment vous déplacez-vous ?

	<i>souvent</i>	<i>rarement</i>	<i>jamais</i>
- à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- avec ma voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- me fais conduire par mon/ma conjoint(e), des voisin(e)s, des ami(e)s, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- en taxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- en transports publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autrement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Quelles sont les principales raisons de vos déplacements ?

Travail Où ?

Thérapies Où ?

Rendez-vous médicaux Lesquels ?

Loisirs p. ex.

Autres p. ex.

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

Si vous habitez dans un **home** : est-ce que la totalité ou une partie des trajets pourraient être effectués par des véhicules de l'établissement ?

oui non en partie

Si, **en partie**, lesquels ?

.....
.....

8. Utilisez-vous d'**autres offres de transports** comme le service de transport de la Croix-Rouge?

oui non

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

.....
.....

9. Quelles **sont/seront** les possibilités de financement par des tiers ?

Caisse-maladie

Assurance-invalidité

Prestations complémentaires

Autres

Je déclare avoir répondu aux questions susmentionnées conformément 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 de la personne requérante

.....

La **demande dûment remplie** et ses **annexes** doivent être envoyées à l'adresse suivante :

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

C Certificat médical

(Nécessaire pour **toutes les premières demandes**. Pour les demandes de renouvellement, le certificat médical est nécessaire **si l'ancienne carte a été émise il y a une année ou moins ou si le service vous le demande**)

Veillez écrire en caractères d'imprimerie

1. La personne requérante a-t-elle besoin d'un fauteuil roulant ?

toujours parfois non

Remarque : si une personne a toujours besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer en dehors du domicile, cocher « toujours ».

Si **parfois**, dans quelles circonstances ?

2. La personne requérante peut-elle utiliser les transports publics ?

oui non

La personne requérante peut-elle atteindre seule l'arrêt le plus proche, c'est-à-dire parcourir une distance de 200 m. environ ?

oui non

Remarques

3. La personne requérante a-t-elle besoin d'aide pour utiliser une voiture normale ou un taxi-handicap ? P. ex. aide du domicile au véhicule, ou du véhicule à la destination. De quel type d'aide ?

4. Diagnostic médical

5. Le handicap de la marche est-il

irréversible ? temporaire ? évolutif ? stable ?

Si le handicap est **temporaire**, quelle est la durée estimée ?

6. Remarques

Lieu, date

Signature/tampon du médecin

.....

.....