

Demande de carte de légitimation

Première demande Demande de renouvellement

Remarque importante :

- *Veillez lire attentivement la **feuille d'information** avant de remplir le formulaire.*
- *Seuls les formulaires de demande dûment complétés peuvent être traités.*
- ***Veillez 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 pour recevoir une fois par mois le récapitulatif de votre contingent (solde de vos courses).

.....

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

.....

Langue : Deutsch 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 !

Remise de la carte : Demande refusée

FR AI P AI FR AVS P AVS an(s)

Remarques

B Questions concernant la mobilité

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

Si **parfois**, dans quelles circonstances ?

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

Lorsque vous vous déplacez à pied, utilisez-vous un déambulateur/rollator ?

oui non

Si non, pourquoi ?

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

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

oui non en partie

Si **non**, pour quelles raisons ?

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

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

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

3. Avez-vous besoin d'aide pour utiliser une voiture de tourisme ou un taxi-handicap ?

P. ex. aide pour le trajet du domicile au véhicule, ou du véhicule à la destination.

De quel type d'aide ?

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

4. Comment vous déplacez-vous ? (veuillez cocher la case correspondante sur chaque ligne)

| | souvent | rarement | jamais |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - à pied | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - voiture personnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - me fais conduire par conjoint-e, voisin-e, connaissance, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - taxi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - transports publics | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - autrement : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Quelles sont les principales raisons de vos déplacements ?

Travail Où ?.....

Thérapies Où ?.....

Rendez-vous Médicaux Lesquels ?.....

Loisirs p. ex.....

Autres p. ex.....

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

7. Utilisez-vous d'autres moyens de transport, comme le service de transport de la Croix-Rouge ou d'autres ?

oui non

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

.....
.....

8. 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 se procurer, en cas de besoin, les informations nécessaires auprès des tiers compétents (p. ex. assurance-invalidité, caisse de compensation, médecin). J'accepte le traitement des données concernant ma personne et mes trajets subventionnés dans le cadre des dispositions légales.

Lieu/date

Signature de la personne requérante

La demande dûment remplie doit être envoyée à :

Fondation THB, Schwarztorstrasse 32, 3007 Berne