

# FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ AU COLLECTIF

# DOSSIER : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Date de réactivation : \_\_\_\_\_

Reçu par : \_\_\_\_\_

# Carte Ass. Maladie : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ # Tél. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ # Cell. : \_\_\_\_\_

## MOTIF DU TRANSPORT

Soins de santé

Études

Travail

Sociales (épiceries, magasinage  
Sortie de plaisirs)

Autres : \_\_\_\_\_

## ÂGE

Moins de 18 ans

19-40 ans

41-64 ans

65- et plus

## REVENU INDIVIDUEL

0 000 \$ – 35 000 \$

35 000 \$ et plus

PAS DE PREUVE DE REVENU

## REVENU FAMILIAL

0 000 \$ – 60 000 \$

60 000 \$ et plus

## SITUATION PROFESSIONNELLE

Travailleur

Étudiant

Retraité

Prestataire AE

Prestataire AS (CLE)

Autres : \_\_\_\_\_

Tarifcation de base

Double tarification

Questionnaires

1. Avez-vous une limitation qui nécessite une assistance pour vos déplacements ?

Non

Oui ⇒ Spécifier l'incapacité : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Avez-vous besoin assistance rendu à destination? \_\_\_\_\_

3. Devez-vous utiliser :

	OUI	NON	
Marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____

Autre : \_\_\_\_\_

Commentaire : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OUVERTURE DU COMPTE FAIT PAR: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Signature du client

\_\_\_\_\_  
Direction générale

\_\_\_\_\_  
Date