

Formulaire de réservation de déplacements réguliers

Ce formulaire peut être complété uniquement pour effectuer des déplacements répétitifs de la même origine vers la même destination, à des heures fixes, pendant au moins quatre (4) semaines consécutives. Remplir et envoyer le formulaire au moins 15 jours avant le début de votre réservation au centre de contrôle du STAC par télécopieur au 418 687-6320 ou par courriel à reservation@stacquebec.ca. Un préposé vous rappellera pour confirmer votre réservation de déplacements.

Identification du client

M. M^{me} Prénom : _____ Nom : _____
Numéro de client : _____ Numéro de téléphone : (_____) _____ - _____

Réservation

Motif : _____ **Organisme rattaché :** _____
(ex. : travail, cours de natation, etc.) (s'il y a lieu)

Adresse de la destination :

_____ Rue _____ Porte _____
N° civique

Précisions concernant l'accès au lieu * : _____

* Le STAC offre un service de porte accessible à porte accessible : le chauffeur n'est pas autorisé à entrer à l'intérieur de l'établissement.

Période de réservation : du _____ au _____
(inscrive fin si celle-ci est connue) jour mois année jour mois année

Interruptions prévues* : Oui Non Précisez date(s) : _____

* Toutes les demandes de déplacements réguliers sont automatiquement annulées les jours fériés (sauf pour la clientèle en hémodialyse)

Jour de l'activité

(cochez le jour) Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Déplacement

Heure de début de l'activité : _____ h _____ Heure de fin de l'activité : _____ h _____

Heure d'arrivée demandée : _____ h _____ Heure de retour demandée : _____ h _____

* Prévoir un délai de déplacement entre l'heure d'arrivée et le début de l'activité.
Le client peut être déposé 30 minutes avant l'heure demandée et quitter 30 minutes après l'heure de retour demandée.

Adresse d'embarquement du client : _____
N° civique Rue

Adresse de retour du client (après l'activité) : _____
N° civique Rue

Formulaire de réservation de déplacements réguliers

Mode de paiement : Laissez-passer mensuel (n° carte OPUS : _____)
 Billet carton Argent
 Autre (précisez : _____)

Aide à la mobilité utilisée lors de ces déplacements

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulant (aucune aide) | <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Marchette |
| <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé (électrique) | <input type="checkbox"/> Quadriporteur |
| <input type="checkbox"/> Canne blanche | <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel transférable | <input type="checkbox"/> Triporteur |
| <input type="checkbox"/> Chien guide/d'assistance | <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel non-transférable | |

Accompagnateur

Est-ce que le client sera accompagné pour cette demande de déplacement?

Oui Non

* Le client peut être accompagné seulement si cela est autorisé à son dossier et si la place est disponible.

Commentaires additionnels

La confidentialité de l'information transmise sera respectée en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Cette information sera à l'usage exclusif du service de la planification des services du Service de transport adapté de la Capitale.

Signature du client ou responsable : _____ **Date :** / / /