

Dossier de demande d'inscription au service de Transport des Personnes à Mobilité Réduite

Nom ·

Prénom :	
Vous pouvez retourner votre dossier, soit :	
·	
Par courrier	
G'R4 – Service TPMR	
431 avenue Ambroise Croizat	
38920 Crolles	
Par mail	
contact@tougo.fr	
	Réservé à G'R4
N° de dossier :	
Date de réception :/	

1. <u>Identification de la personne souhaitant bénéficier du service :</u>
NOM : Prénom :
Date de naissance : /
Adresse :
Code postal : Commune :
Nom d'arrêt de bus/car à proximité de mon domicile :
Distance : mètres depuis mon domicile jusqu'à l'arrêt.
Tel. Fixe : Tel. Portable :
Adresse e-mail :@
 2. Renseignements sur sa situation : ☐ J'ai un handicap permanent avec un taux d'invalidité égal ou supérieur à 80%
☐ Je me déplace en fauteuil roulant ☐ à commande manuelle ☐ électrique ☐ Autres :
 3. Les pièces justificatives à fournir : Attestation de domicile Copie de la pièce d'identité Copie de votre carte d'invalidité (= ou > à 80%) Attestation CAF (si vous bénéficiez d'un QF inférieur à 900€) pour tarification solidaire
4. Renseignements « Mobilité » :
J'ai besoin : □ D'une aide à la marche □ D'une aide à la lecture d'informations □ D'une aide pour me diriger □ D'une aide pour m'installer dans le véhicule □ Autres :
<u>J'ai besoin d'un accompagnateur*</u> : □ OUI □ NON
*Si vous déclarez avoir besoin d'un accompagnant lors de votre inscription au service TPMR, cet accompagnement sera alors obligatoire. Si vous n'êtes <u>pas</u> accompagné vous ne serez pas pris en charge par le transporteur et une pénalité de déplacement inutile vous sera alors appliquée.
Avez-vous vérifié votre droit au transport sanitaire de la sécurité sociale ?
OUI NON

Avez-vous vérifié que vous ne disposez pas de lignes régulières ou de lignes sur réservation (RESA) accessibles à proximité de votre domicile ?		
NON □ OUI □ = Arrêt :	Ligne(s) :	
Merci de nous indiquer les trajets qu	ue vous souhaitez effectuer régulièrement avec le service TPMR :	
Trajet n°1:		
Commune de départ + adresse :		
Commune d'arrivée + adresse :		
Journée(s) concerné(es) :		
☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Je	udi □Vendredi □ Samedi	
Heures d'arrivée à l'aller :h	Heure de départ au retour :h	
Fréquences du trajet n°1 :	Motif de déplacement :	
\square Tous les jours	☐ loisirs	
fois / semaine	☐ médical	
fois / mois	□ travail	
Plus occasionnellement	\square courses	
	☐ autres :	
Précision ou remarque particulière c	oncernant ce trajet :	
Eventuallement Traint n°2		
Eventuellement Trajet n°2 :		
Commune d arrivée + adresse		
Journée(s) concerné(es) :		
□ Lundi □ Mardi □ Mercredi □ Je	udi	
	duivendredi Samedi	
Heures d'arrivée à l'aller :h	Heure de départ au retour :h	
Fréquences du trajet n°2 :	Motif de déplacement :	
\square Tous les jours	☐ loisirs	
fois / semaine	☐ médical	
fois / mois	□ travail	
\square Plus occasionnellement	□ courses	
	☐ autres :	

Précision ou remarque particulière concerr	
5. Identification de la personne ayant remp	oli ce formulaire* :
*Cadre à remplir uniquement si le demandeur a bénéficié	d'une aide pour effectuer sa demande
NOM : Pro	énom :
Structure (le cas échéant) :	
Adresse :	
Code postal : Commune :	
Tel. Fixe : Tel. Portab	ıle :
Adresse e-mail :	@
6. Date et signatures :	
☐ Je reconnais l'exactitude des données fo	purnies
Date : /	
Signature du demandeur	Signature de la personne aidante et/ou signature et cachet
o.g., atan e da demanded	de la structure accompagnante

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article 441-1 du Code Pénal).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès du Syndicat Mixte de Mobilités de l'Aire Grenobloise.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes règlementaires en vigueur.

N'oubliez pas notre site internet! www.tougo.fr