

Madame, Monsieur,

Depuis le 1^{er} juillet 2011, la Communauté Urbaine de Strasbourg a mis en place un service de transport adapté à la demande « MobiStras ».

Il propose une solution de transport aux personnes en perte de mobilité qui sont dans l'incapacité avérée d'utiliser les transports en commun réguliers.

L'admission à ce dispositif est soumise à la décision d'une commission d'accès.

Pour étudier votre demande, nous vous demandons d'envoyer par lettre simple :

(envoi par lettre simple, pas de pli recommandé)

- le formulaire d'accès dûment **complété, daté et signé,**
- le certificat médical ci-joint, qui doit être intégralement rempli par votre médecin traitant et mis sous enveloppe fermée,
- le questionnaire d'habitudes de déplacements intégralement complété,
- un justificatif de domicile (quittance de loyer, facture d'électricité...);

Utilisez ce dossier si vous n'êtes pas titulaire d'une carte d'invalidité ou CMI

Tout dossier incomplet ne sera pas traité

Ces éléments sont nécessaires pour constituer votre demande d'admission. Ils doivent être envoyés au médecin évaluateur du **Relais Emploi Santé Insertion** (adresse sur le formulaire en page 2 du dossier).

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Marie-Dominique DREYSSÉ
Vice-présidente de l'Eurométropole

FORMULAIRE D'ACCES SANS CARTE D'INVALIDITE OU CMI

à retourner par lettre simple, PAS DE RECOMMANDÉ, accompagné :

- du **certificat médical** intégralement complété par votre médecin traitant sous pli fermé,
- du **questionnaire** intégralement complété et signé,
- du justificatif de domicile.

Au médecin évaluateur du : **RELAIS EMPLOI SANTE INSERTION**
17 ROUTE DE LA MEINAU
67100 STRASBOURG
resi.alsace@orange.fr

Demande d'accès au transport MOBISTRAS

Je soussigné(e) Madame Monsieur

NOM / Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : N° _____ rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. fixe : _____ Portable : _____

Courriel : _____

Si résidant en structure,

Nom et adresse de la structure : _____

Nom et adresse du représentant légal du mineur ou du majeur protégé (parent, tuteur...) : _____

demande l'accès au transport adapté MOBISTRAS et précisez **mes motivations** ci-après :

Nouvelle demande

Renouvellement

Je déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement de fonctionnement du service,
(disponible sur www.mobistras.strasbourg.eu ou sur demande à MobiStras : 03.68.67.90.00)

Date : _____

Signature : _____

CERTIFICAT MEDICAL
Pour une demande d'accès à Mobistras

Ce certificat est confidentiel et doit être adjoind sous pli fermé pour le médecin évaluateur du Relais Emploi Santé Insertion (R.E.S.I.)

Il est destiné à être joint à la demande d'admission au transport adapté suite à l'impossibilité avérée d'utiliser les transports publics urbains

La demande d'admission ne pourra être recevable que si le présent document est **complété intégralement** par le médecin traitant. Ce document sera étudié par un médecin évaluateur qui, au besoin, recevra le patient pour approfondir certains points.

Nom de naissance :
Nom d'épouse :
Prénom :
Adresse : Code postal :
Ville :

Description clinique actuelle :

Poids : Taille : Latéralité dominante avant handicap :

Précision du diagnostic : _____

Antécédents personnels : _____

Traitements en cours (y compris kiné, suivi hôpital de jour, ...) / **médicaments** (préciser) :

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

Perspective d'évolution :

- stabilité aggravation incapacité fluctuante (préciser) risque vital
 amélioration (préciser)
 non-définie

Appareillages ou aide(s) technique(s) (préciser)

Cette aide technique est-elle un obstacle pour l'usage des transports en commun ?

- oui non

Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Périmètre de marche (l'appréciation tient compte des aides techniques habituelles) :

Mobilité, maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement, ...

1 = pas de difficulté 2 = difficulté modérée 3 = difficulté grave/absolue

Mobilité	1	2	3
Se mettre debout			
Marcher			
Se déplacer à l'intérieur			
Se déplacer à l'extérieur			
Préhension main dominante			
Préhension main non dominante			
Communication orale, écrite, gestuelle ou autre, relation avec autrui, ...			
Utiliser des appareils et techniques de communication (téléphone, (téléalarme, ordinateur, ...)			
Cognition , attention, mémoire, apprentissage, praxie,...			
Raisonnement, vitesse d'idéation, comportement,...			
Orientation dans le temps			
Orientation dans l'espace			
Retentissement sur la sécurité : gestion des situations à risque, capacité de discerner les dangers, mise en danger, ...			

Conduite émotionnelle, relationnelle (préciser)

Accessibilité du logement :

Votre logement est-il accessible ? oui non

Avez-vous besoin d'être aidé pour aller de votre logement au pied de l'immeuble ?
 oui non

Si oui préciser le type d'aide : _____

Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs :

(L'accompagnateur est personnel (proche, professionnel...) et doit être capable d'aider la personne. Il n'est pas fourni par MobiStras, ce n'est pas le conducteur)

non oui (préciser)

Certificat médical établi par :

Adresse :

Code postal Ville

Téléphone :

En date du : ____ / ____ / ____

Signature (obligatoire)

cachet (obligatoire)

N.B. Il est important de bien remplir ce certificat afin d'éviter, autant que faire se peut, des déplacements inutiles pour votre patient.

QUESTIONNAIRE D'HABITUDES DE DEPLACEMENT A JOINDRE A LA DEMANDE D'ACCES A MOBISTRAS

(Toutes les rubriques doivent être obligatoirement complétées)

Nom de naissance :

Nom d'épouse :

Prénom :

1. Quelle est votre activité ?

- Vous êtes scolarisé / étudiant
- Vous travaillez en milieu ordinaire (entreprise ordinaire ou adaptée)
- Vous travaillez en milieu protégé (ESAT)
- Vous êtes en retraite
- Vous êtes bénévole, sans activité professionnelle
- Vous êtes sans activité

2. Votre catégorie socioprofessionnelle :

- Agriculteurs
- Artisans – Commerçants – Chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Inactifs ou chômeurs

3. Pour vous déplacer habituellement : (plusieurs réponses possibles)

- Vous avez un véhicule personnel que vous conduisez
- Vous disposez d'un véhicule mais vous ne conduisez pas (besoin d'un chauffeur)
- Vous êtes véhiculé par un proche (parent, ami, voisin...)
- Vous faites appel à une société de taxi
- Vous utilisez un véhicule sanitaire léger (VSL) ou une ambulance
- Autres :

4. Pour vous déplacer à l'extérieur sans véhicule :

- Vous êtes autonome pour vous déplacer
- Vous avez besoin d'un accompagnateur (pousseur, problème d'orientation)
- Autres :

5. Pour vous déplacer, vous utilisez : (plusieurs réponses possibles)

- Un fauteuil roulant manuel
- Un fauteuil roulant électrique
- Un déambulateur / rolateur
- Une (des) canne(s) / béquille(s)
- Aucune aide technique
- Autres :

6. Numéro(s) de la (des) ligne(s) de BUS / TRAM près de chez vous :
Nom du(des) arrêt(s) :

7. Utilisez-vous le réseau de transport en commun de la CTS ?

- Oui : lequel et quelle ligne ?
- Non : pourquoi ?

8. Vous avez besoin de Mobistras pour vous déplacer pour : (plusieurs réponses possibles)

- Aller à l'école
A quelle fréquence : fois par semaine ou fois par mois.
Indiquez son adresse :
 - Aller au travail
A quelle fréquence : fois par semaine ou fois par mois.
Indiquez son adresse :
 - Vous rendre sur des lieux de soins (cabinets médicaux, hôpital, ...)
A quelle fréquence : fois par semaine ou fois par mois.
Indiquez son adresse :
 - Vos démarches administratives (MDA, ...)
 - Faire vos courses
 - Vos activités de loisirs
 - Autres :
- Quelle est votre destination la plus fréquente ?
- Indiquez son adresse :

9. Vous avez besoin de Mobistras pour vous déplacer :

- Tous les jours
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Occasionnellement (moins d'une fois par semaine)

