

PROTECTION DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel collectées font l'objet d'un traitement dont le responsable est le GIHP OCCITANIE LANGUEDOC-ROUSSILLON, Pôle Aide et Accompagnement à la Mobilité. Ces données sont collectées dans le cadre de la demande d'inscription et sont nécessaires à la validation du dossier au regard des critères d'admission.

Elles sont strictement destinées au GIHP OCCITANIE LANGUEDOC-ROUSSILLON et en particulier aux équipes de planning de l'Aide et l'Accompagnement à la Mobilité pour les traitements de la prise en charge, l'enregistrement des demandes afin d'assurer l'organisation, la réalisation et le suivi administratif et statistiques de l'activité. Les éléments statistiques pouvant être communiqués par l'association ne concernent que de l'activité mensuelle ou annuelle du dispositif d'Aide et d'Accompagnement à la Mobilité, en volume, et ne contient aucunes données identifiantes ou permettant un recoupement.

Elles seront conservées pendant toute la durée de validité de l'adhésion au GIHP OCCITANIE LANGUEDOC-ROUSSILLON et une année au maximum sans utilisation et en attente de ré-adhésion.

Conformément à la réglementation applicable en matière de données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation du traitement, d'effacement de vos données que vous pouvez exercer par mail auprès de maryline.bois@gihplr.org ou par courrier au GIHP OCCITANIE LANGUEDOC-ROUSSILLON 341 rue Hippolyte Fizeau, 34000 Montpellier, en précisant vos noms, prénoms, adresse et en joignant une copie recto-verso de votre pièce d'identité.

En cas de difficulté en lien avec la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation auprès du responsable à la protection des données personnelles protection-donnees@gihplr.org par mail.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur, que les renseignements mentionnés sur cette demande sont exacts et je m'engage à signaler toute modification. Je donne mon consentement pour le traitement des données de ce document.

Fait à : le

Votre signature ou celle de votre représentant

LE DOSSIER COMPLET EST A RENOYER A L'ADRESSE SUIVANTE :

GIHP Sète Agglopôle Méditerranée

Aide et Accompagnement à la Mobilité

45 A Passage du Cannas

34200 SETE





DOSSIER D'ADMISSION AIDE ET ACCOMPAGNEMENT A LA MOBILITÉ SETE AGGLOPÔLE MÉDITERRANÉE

Les données sont collectées dans le cadre de la demande d'inscription et sont nécessaires à la validation du dossier au regard des critères d'admission. Seule cette première page sera traitée si vous ne remplissez pas les critères d'accès au service.

NOM :

S'il y a lieu, nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Mail :

AIDES TECHNIQUES

◆ Fauteuil Roulant

◆ Troubles Visuels

Non-voyant Malvoyant

Manuel

Canne blanche

Electrique

Chien Guide

Scooter (joindre notice d'utilisation)

Autre :

Chien Guide

CARTE MOBILITÉ INCLUSION (CMI) avec mention Invalidité ou CARTE INVALIDITÉ

OUI NON

Si oui, joindre s'il vous plait une photocopie recto-verso de la carte.

Si non, joindre s'il vous plait un justificatif établi par un médecin, attestant de l'usage permanent d'un fauteuil roulant.



Ce dispositif fonctionne grâce aux principaux soutiens de
Sète Agglopôle Méditerranée

DÉPLACEMENTS SOUHAITÉS

Vie quotidienne

Professionnels

A but médical

Si vous avez besoin de déplacements à but médical en lien avec votre Affection Longue Durée (ALD), nous vous demandons de joindre la photocopie de l'attestation de votre caisse d'assurance maladie (mention ALD 100 % en cours de validité) et la prescription médicale de transports (Cerfa N°11574*03) établie préalablement par votre médecin.

Dans ce cas, veuillez préciser la Caisse d'Assurance Maladie dont vous dépendez :

CPAM

MSA

Autre

Préciser :

HORAIRES DES ACCOMPAGNEMENTS RÉGULIERS SOUHAITÉS

Envisagez vous des transports réguliers ?

Oui

Non

Si oui, merci de compléter le tableau suivant :

	DÉPART (lieu et horaire souhaité)		RETOUR (lieu et horaire souhaité)	
	de	à	de	à
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				

Observations :

.....
.....

ACCESSIBILITÉ LOGEMENT pour l'accompagnement des personnes en fauteuil roulant

Les questions suivantes permettent de déterminer l'environnement relatif à l'accompagnement

Le logement est-il à l'étage ?

OUI NON

Y a-t-il un ascenseur ?

OUI NON

Y-a-t-il des marches à franchir ?

OUI NON

Si oui, préciser le nombre de marches :

ACCESSIBILITÉ : CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

- *Pour l'accompagnement d'une personne en fauteuil roulant électrique* : le franchissement d'une seule marche au maximum est autorisé pour le conducteur accompagnateur.
- *Pour l'accompagnement d'une personne en fauteuil roulant manuel* : le franchissement de 2 marches maximum est autorisé pour un conducteur accompagnateur (sans aide de tierce personne). Le franchissement de 3 marches au maximum sera possible si le conducteur accompagnateur est aidé par une tierce personne (dans ce cas, le conducteur accompagnateur doit apporter une aide en soulageant le fauteuil par l'avant, le fauteuil étant lui même tiré par l'arrière par la tierce personne).

ACCOMPAGNEMENT à bord du véhicule

La présence de votre accompagnateur est demandée pour chaque trajet dans les cas suivants :

Trachéotomie Trouble du comportement

Autre, merci de préciser :

AUTRES CONTACTS

Si vous avez un **représentant**, préciser s'il est :

Parent

Curateur

Tuteur

lien de parenté :

Joignez, le cas échéant, la photocopie du jugement de tutelle ou de curatelle.

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Mail :

Personne à contacter en cas d'incident (si différente)

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Mail :