CONSEIL GENERAL
DE LA GUADELOUPE
DIRECTION GENERALE DES SERVICES
DIRECTION GENERALE DES SERVICES ADJOINT
DIRECTION DES TRANSPORTS
Secrétariat Mme Nadège CHEVRY ☎ 0590 80 91 20

REPUBLIQUE FRANÇAISE

Basse-Terre, le 30 NOV. 2012

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL

A

Madame / Monsieur

PCG/DGS/DT/MW/ DM/- N° / 19 /1041

Affaire suivie par
Mme Dominique MADIN Direction des Transports
☎ 0590 80 94 22
Mme Ketty BERNOS Sous-Direction de l'autonomie
☎ 0590 99 78 54

Objet : Mise en place d'un dispositif en faveur du transport à la demande (TAD) pour les personnes à mobilité réduite (PMR) en Guadeloupe- envoi d'un formulaire d'inscription

Madame, Monsieur,

Le Conseil Général de la Guadeloupe a décidé de mettre en place un dispositif visant à permettre aux personnes à mobilité réduite de se déplacer à moindre coût sur l'ensemble du territoire.

Son principe est simple : **vous effectuez vos trajets avec des prestataires agréés (entreprises de transport pour les personnes à mobilité réduite ou associations d'aide à la personne) que vous aurez choisis. Le Conseil Général prend en charge une partie du coût de ces trajets.**

Pour **les déplacements travail/formation**, le nombre de trajets est limité à **5 trajets aller/retour hebdomadaire.**

Pour **les autres déplacements (hors ceux pris en charge par la Caisse Générale de Sécurité Sociale)**, le nombre de trajets est limité à **2 trajets aller/retour hebdomadaire**.

Le nombre de trajet aller / retour hedomadaire pouvant être subventionné est limité à 5.
L'aide financière départementale est plafonnée à 30 € pour un trajet simple et 60 € pour un aller-retour.

L'aide est versée au prestataire agréé choisi par l'usager pour lequel il aura signé une autorisation de tiers payant (voir modèle annexé) et validé le service fait sur les factures correspondant aux déplacements subventionnés effectués.

.../...

Si vous êtes intéressé (e) par ce service, je vous prie de bien vouloir compléter le formulaire d'inscription ci-joint et de le renvoyer à l'adresse suivante :

Direction de la Santé et de l'Autonomie
Conseil Général de la Guadeloupe
97100 BASSE-TERRE

Vous trouverez ci-après les coordonnées des personnes qui pourront vous aider à compléter ce formulaire :

- Mme NABAL Marlène, Sous- Direction de l'autonomie, téléphone : 0590 99 77 77 poste 78 96
- Mme NARANIN Marie-Josée, Sous- Direction de l'autonomie, téléphone : 0590 99 77 77 poste 76 37

Une fois votre inscription validée, vous pourrez effectuer vos déplacements auprès des prestataires agréés dont la liste vous sera transmise par la Direction des Transports du Conseil Général.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL

Jacques GILLOT

CONSEIL GENERAL
DE LA GUADELOUPE

FORMULAIRE D'INSCRIPTION
Dispositif en faveur du Transport à la demande (TAD) pour les personnes à mobilité réduite (PMR)

Nom.....

Nom de jeune fille .....

Prénom.....

Date de naissance.....

Adresse.....

Téléphone.....

Nom du Référent éventuel (personne qui vous assiste).....

- **Votre situation**

a) Pour les personnes âgées :

Avoir 75 ans ou plus et remplir l'une des deux conditions suivantes :

- Être bénéficiaire de l'APA et être classé en GIR 3, GIR4, ❑ Oui ❑Non
- Etre bénéficiaire de l'aide sociale pour l'aide ménagère (départementale ou d'un organisme de retraite) ❑ Oui ❑Non

b) Pour les personnes handicapées :

- Etre bénéficiaire de l'ACTP ❑ Oui ❑Non
- Etre bénéficiaire de la PCH ❑ Oui ❑Non
- Disposer d'une carte d'invalidité ❑ Oui ❑Non
- Disposer de la reconnaissance de travailleurs handicapés ❑ Oui ❑Non

c) Autres :

- Toutes les personnes ayant une perte de mobilité entrainant une autonomie de marche inférieure à 200m pour une durée précisée par un certificat médical (modèle joint en annexe 3)

❑ Oui ❑Non

- Avez-vous une marche difficile (- de 200 mètres) ? ❑ Oui ❑Non
- Avez-vous besoin d'une aide pour vous déplacer ? ❑ Oui ❑Non
- Etes-vous handicapé (e) ? ❑ Oui ❑Non
  Si oui, quel est votre handicap ?.....
- Utilisez-vous un fauteuil roulant ? ❑ Oui ❑Non

▪ **Vos besoins de déplacements (non pris en charge par la Sécurité Sociale) ?**

Cocher le(s) type(s) de déplacements souhaités :

❑ travail/formation

❑ démarches administratives/besoins domestiques/vie sociale/loisirs

▪ **Vos attentes ou observations ?**

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

Date et Signature

ANNEXE

Modèle de CERTIFICAT MEDICAL

Mise en place d'un dispositif en faveur du transport à la demande (TAD) pour les personnes handicapées et les personnes à mobilité réduite (PMR) en Guadeloupe

Je soussigné (e) Docteur

Demeurant

Certifie avoir examiné,

Mademoiselle ☐ Madame ☐ Monsieur ☐

Nom, prénom

Né (e) le

Demeurant

Atteste que cette personne dispose d'un périmètre de marche < 200 mètres :

A une marche difficile de façon permanente ☐

A une marche difficile de façon temporaire ☐
dont la durée est estimée à .....jours

Fait à

Le

Cachet du médecin

Signature du médecin