

Formulaire d'ouverture de dossier Client visiteur

Client en visite à Québec (client admis dans un service de transport adapté du Québec ou client se déplaçant en fauteuil roulant en provenance de l'extérieur de la province)

Avant votre visite à Québec, remplir et envoyer le formulaire au STAC par télécopieur (**418 687-5961**), par courriel (courriel@stacquebec.ca) ou par la poste (2750, boul. Wilfrid-Hamel, Québec, G1P 2J1). Un délai de 2 jours ouvrables est applicable pour l'ouverture de votre dossier. Le STAC vous appellera pour confirmer la réception du formulaire et, au besoin, planifier votre premier déplacement.

1- Renseignements sur le client

M. M^{me} Prénom _____ Nom _____

Date de naissance _____ Adresse courriel _____
jour mois année

Numéro de téléphone (résidence) _____ Cellulaire _____

Adresse (résidence) _____ n° d'appartement _____
numéro rue
ville province code postal

2- Service de transport adapté d'origine

Nom du service de transport adapté d'origine _____

Numéro d'usager _____ Numéro de téléphone _____

3- Type d'aide à la mobilité utilisé lors du déplacement à Québec

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulant (sans aide à la mobilité) | <input type="checkbox"/> Chien guide, chien d'aide | <input type="checkbox"/> Quadriporteur |
| <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> Marchette |
| <input type="checkbox"/> Canne longue de détection blanche | <input type="checkbox"/> Fauteuil motorisé | <input type="checkbox"/> Déambulateur (marchette avec banc) |
| <input type="checkbox"/> Canne de support blanche | <input type="checkbox"/> Triporteur | <input type="checkbox"/> Autre Précisez _____ |

Formulaire d'ouverture de dossier

Client visiteur

Client en visite à Québec (client admis dans un service de transport adapté du Québec ou client se déplaçant en fauteuil roulant en provenance de l'extérieur de la province)

4- Personne à contacter en cas d'urgence

M. M^{me} _____
Prénom Nom

Lien avec le client _____

Numéro de téléphone (jour) _____ Numéro de téléphone (soir) _____

5- Renseignements supplémentaires (s'il y a lieu)

6- Autorisation

Je, _____, soussigné(e), autorise le STAC à communiquer avec mon organisme de transport adapté pour obtenir les renseignements requis à la planification de mes déplacements sur le territoire desservi par le STAC. Seules les personnes affectées à la planification du service, au service à la clientèle et les chauffeurs responsables de mes déplacements auront accès à mes renseignements; ceux-ci seront traités en toute confidentialité conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. J'accepte également de me conformer aux règles et procédures en vigueur au STAC.

Signature _____

Date _____
jour mois année