LE TRANSPORT À LA DEMANDE

Grand Cubzaguais Communauté de Communes

État civil et coordonnées

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... /..... /.....

ADRESSE : .....

N° ..... RUE OU LIEU-DIT : .....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : .....

TÉLÉPHONE DOMICILE : ..... TÉLÉPHONE PORTABLE : .....

MAIL : .....

Votre situation

☐ PERSONNE À MOBILITÉ RÉDUITE

EN FAUTEUIL ROULANT : ☐ OUI ☐ NON

☐ PERSONNE ÂGÉES DE + DE 75 ANS

☐ PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE

☐ PERSONNE EN INVALIDITÉ TEMPORAIRE
Préciser la durée de l'incapacité : .....

☐ PERSONNE EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

☐ SANS EMPLOI OU EN INSERTION PROFESSIONNELLE

☐ MOINS DE 18 ANS*
(hors trajets scolaires et si moins de 16 ans : accompagnement obligatoire).

☐ AUTRE PUBLIC
Préciser : .....

- Merci de bien vouloir préciser si la personne est en capacité de prendre des correspondances TransGironde ou Ter :
  ☐ **OUI** ☐ **NON**
- Indiquer si la personne doit être accompagnée : ☐ **OUI** ☐ **NON**
  si oui coordonnées de la personne accompagnante :

  NOM : ..... PRÉNOM : .....

  ADRESSE : .....

  TÉLÉPHONE : ..... MAIL : .....
- Si la personne est non voyante doit-elle être accompagnée de son chien : ☐ **OUI** ☐ **NON**
- Commentaire éventuel pour situation particulière :

** Si moins de 18 ans joindre une autorisation parentale accordant au mineur le droit d'utiliser seul le transport de proximité.*
IMPORTANT : pour les moins de 16 ans, accompagnement obligatoire.

Région Nouvelle-Aquitaine

*La **Région** vous **transporte***

GRAND CUBZAGUAIS
COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

Déplacements souhaités

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ RDV MÉDICAUX
- ☐ CENTRES COMMERCIAUX
- ☐ MARCHÉS
- ☐ RABATTEMENT VERS GARES TER
- ☐ MDSI *(Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion)*
- ☐ PÔLE EMPLOI
- ☐ PÔLE SOLIDARITÉ
- ☐ RABATTEMENT SUR POINTS D'ARRÊT TRANSGIRONDE
- ☐ ASSOCIATIONS CARITATIVES
- ☐ AUTRES : .....

.....

.....

.....

Pièces justificatives

À fournir **DANS TOUS LES CAS** :

- Photocopie d'une pièce d'identité
- Une photo d'identité
- Photocopie d'un justificatif de domicile

À fournir pour vérifier l'**OUVERTURE DES DROITS** au **TARIF SOCIAL HORIZON** :

- **Dernier** avis d'imposition ou autre justificatif de ressources **récent.**

Et en fonction de votre situation joindre la copie de tout document justificatif permettant d'attester de votre situation particulière : invalidité, précarité, recherche d'emploi, autre...

Date et signature

DOSSIER À RETOURNER AU :

GRAND CUBZAGUAIS COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
44 rue Dantagnan - BP 59
33240 SAINT-ANDRÉ-DE-CUBZAC

Pour tout renseignement complémentaire
vous pouvez contacter la CDC au : **05 57 43 96 37**

Après avis de la Commission Locale d'Accessibilité, vous serez informé de la suite réservée à votre demande.
Si votre dossier a été accepté vous recevrez à domicile votre carte d'ayant droit.

ACCORD DE LA COMMISSION LOCALE D'ACCESSIBILITÉ :

☐ **OUI** ☐ **NON** MOTIFS DE REFUS : .....

PÉRIODE D'OUVERTURE DES DROITS : DU ..... /..... /..... AU ..... /..... /.....

ZONE RÉSERVÉE À LA CDC

Avec le RGPD, la Région protège vos données ! Vos réponses à ce formulaire vont nous permettre d'instruire votre demande d'inscription. Les données transmises sont confidentielles et restent stockées sur nos serveurs sécurisés pendant toute la durée de l'abonnement. Vous pouvez exercer vos droits (vérifier vos données, les faire rectifier, éventuelle suppression ...) en contactant la Déléguée à la Protection des Données de la Région à l'adresse dpo@nouvelle-aquitaine - ou par courrier postal. Pour plus d'informations sur la protection des Données, vous pouvez lire notre Politique de Confidentialité sur le lien https://www.nouvelle-aquitaine.fr/politique-confidentialite.html.

RÉGION Nouvelle-Aquitaine