

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le :

Instruction par la Communauté de Communes	Instruction par le CCAS
<input type="checkbox"/> Acceptation de la demande. <input type="checkbox"/> Refus de la demande. Motifs : Le Président ou par délégation le directeur des services Transports (<i>nom, date et signature</i>)	<input type="checkbox"/> Acceptation de la demande. <input type="checkbox"/> Refus de la demande. Motifs : Le Président du CCAS ou par délégation l'instructeur du dossier (<i>nom, date et signature</i>)

Numéro de dossier :

Réponse au demandeur le :

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Madame Monsieur

Nom marital* : Nom de naissance :

Prénom* : Date de naissance :

Vous êtes : célibataire marié(e)/pacsé(e) en concubinage veuf/veuve séparé(e)/divorcé(e)

Adresse* :

CP* : Ville* :

Téléphone fixe* : Téléphone portable* :

Email* :

IDENTITÉ DU CONJOINT POUR LES COUPLES MARIÉS ET PACSÉS

(Les personnes en concubinage devront remplir 2 demandes d'inscription.)

Madame Monsieur

Nom marital* : Nom de naissance :

Prénom* : Date de naissance :

Téléphone portable* :

Email* :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'INCIDENT LORS DU TRAJET

Nom* : Prénom* :

Téléphone fixe* : Téléphone portable* :

CRITÈRES D'ACCÈS AU SERVICE ET PIÈCES À FOURNIR

Usager ayant accès au service (Cocher les cases correspondant à votre situation)	Justificatif obligatoire à fournir en supplément d'une carte d'identité
Critères obligatoires	
<input type="checkbox"/> Être domicilié sur le Pays de Saint Gilles Croix de Vie	→ Copie d'un justificatif de domicile de moins d'un an
<input type="checkbox"/> Revenu fiscal de référence inférieur au plafond fixé par le règlement	→ Copie du(des) dernier(s) avis d'imposition
Critères supplémentaires (au moins 1)	
<input type="checkbox"/> Sans véhicule motorisé	→ Attestation sur l'honneur
<input type="checkbox"/> Personne à mobilité réduite	→ Copie de la carte d'invalidité ou certificat médical
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire du RSA	→ Copie de la notification de droit
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	→ Copie de l'attestation d'inscription à pôle emploi
<input type="checkbox"/> Intérimaire	→ Copie du dernier contrat de travail
<input type="checkbox"/> Âgé de + de 70 ans	→ Copie d'une pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de l'ADPA	→ Copie de la notification de droit
<input type="checkbox"/> Famille monoparentale	→ Copie d'un justificatif émanant de la CAF

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Avez-vous des enfant(s) à charge susceptible(s) de vous accompagner lors d'un Transport À la Demande ?

Oui Non

Si oui, merci de fournir **une copie de votre livret de famille** et d'indiquer le(s) nom(s), prénom(s) et date(s) de naissance de vos enfant(s) :

Nom	Prénom	Date de naissance

MOTIF(S) DE LA DEMANDE

- Rendez-vous médicaux
 Rendez-vous lié à une formation ou à la recherche d'un emploi
 Rendez-vous sociaux et médico-sociaux
 Correspondances avec d'autres moyens de transports réguliers
 Achats et courses
 Autres :

Formulaire à renvoyer à l'adresse suivante :

Sous enveloppe affranchie :
Communauté de Communes
du Pays de Saint Gilles Croix de Vie
 ZAE du Soleil Levant
 CS 63669 – Givrand
 85806 SAINT GILLES CROIX DE VIE Cedex
 Tel : 02 51 55 55 55 – Fax : 02 51 54 24 46

Par e-mail :
 tad@payssaintgilles.fr

J'atteste l'exactitude des informations mentionnées ci-dessus et m'engage à signaler tout changement de situation pouvant modifier les renseignements fournis. Je m'engage à respecter le règlement intérieur du TÂD.

Fait le

À

Signature du demandeur :