



**VOLET SOUPLE**

Cadre financier – Année \_\_\_\_\_

■ Questionnaire à remplir par les municipalités qui ont effectué des démarches pour adhérer à un service de transport adapté et pour qui ces démarches se sont avérées infructueuses (**veuillez remplir toutes les sections du présent formulaire**).

Nom de la municipalité \_\_\_\_\_

Code géographique \_\_\_\_\_

Population totale \_\_\_\_\_

Date prévue du début de service (Année-Mois-Jour) \_\_\_\_\_

Nombre de personnes handicapées admises par un comité d'admission désigné<sup>1</sup> (carte d'admissibilité) et qui seront desservies dans le cadre du volet souple \_\_\_\_\_

• Combien d'entre elles prévoient effectuer plus de 200 déplacements au cours de l'année? \_\_\_\_\_

Parmi les personnes handicapées qui seront desservies dans le cadre du volet souple, combien se déplacent en fauteuil roulant? \_\_\_\_\_

• De ce nombre, combien peuvent se transférer du fauteuil à la banquette d'une automobile? \_\_\_\_\_

Nombre total de déplacements<sup>2</sup> prévus pour l'année par les personnes handicapées \_\_\_\_\_

Nombre total de déplacements **entérinés** par la municipalité comme étant admissibles à la subvention \_\_\_\_\_

La municipalité désire-t-elle établir des points de service hors territoire pour répondre à certains besoins des personnes handicapées?  Oui  Non

• Si oui, nombre de déplacements annuels prévus à l'extérieur du territoire de la municipalité \_\_\_\_\_

• Si oui, préciser les principales destinations retenues par la municipalité

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

■ Types de service offert \_\_\_\_\_

À forfait (**joindre une copie du projet de contrat à la présente demande**)

Subvention directe à l'usager (**ne peut être acceptée que s'il n'est pas possible pour la municipalité de signer un contrat avec un transporteur - autobus, minibus, scolaire, taxi, etc.** Préciser les démarches qui ont été effectuées dans le but de signer un contrat avec un transporteur autorisé et les résultats de ces démarches.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estimation du coût total \_\_\_\_\_

Revenu des usagers<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Contribution municipale<sup>4</sup> (joindre une copie de la résolution précisant la contribution financière de la municipalité) \_\_\_\_\_

Subvention gouvernementale estimée \_\_\_\_\_

■ Donner des précisions quant aux démarches effectuées pour adhérer à un service de transport adapté ainsi que les résultats de ces démarches \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature de la personne ayant rempli le formulaire \_\_\_\_\_

Fonction de la personne ayant rempli le formulaire \_\_\_\_\_

Date (Année-Mois-Jour) \_\_\_\_\_

1. Une personne handicapée peut aussi avoir été admise par le comité d'admission désigné du service de transport adapté de la municipalité où elle résidait auparavant.
2. Un aller-retour compte pour 2 déplacements.
3. Le tarif demandé à l'usager doit être équivalent à celui du transport en commun régulier ou du transport collectif régional pour un trajet similaire - Voir modalités.
4. La contribution municipale doit couvrir au moins 20 % des coûts estimés.