Effacer

Société de l'assurance automobile Québec

Demande de vignette de stationnement pour personnes handicapées

Avec vous, au cœur de votre sécurité

- **Les renseignements fournis dans ce formulaire peuvent être utilisés pour évaluer l'aptitude d'une personne à conduire un véhicule routier.**
- La Société ne rembourse pas les frais qui pourraient être exigés par l'évaluatrice ou l'évaluateur.

A Renseignements sur la personne handicapée

Nom	Prénom	Numéro de permis de conduire actif, annulé ou suspendu

Adresse (numéro, rue, appartement)	Ville, village ou municipalité	Province	Code postal

Téléphone (principal)	Téléphone (secondaire)	Date de naissance (Année-Mois-Jour)	Langue de correspondance désirée
			☐ Français ☐ Anglais

Remplissez cette section si votre handicap est lié à un accident de la route.

Numéro du dossier d'indemnisation : _____ Date de l'accident (Année-Mois-Jour) : _____

Coordonnées de la personne représentant la personne handicapée (s'il y a lieu)

Nom	Prénom

Téléphone (principal)	**Lien avec la personne handicapée**

☐ J'autorise la Société à échanger des renseignements personnels sur mon état de santé et sur ma situation de handicap avec ma représentante ou mon représentant afin d'établir mon admissibilité à une vignette de stationnement pour personnes handicapées. Je comprends qu'un résumé de toute communication sera versé à mon dossier.

B Demande de vignette

☐ Automobile ☐ Motocyclette/cyclomoteur



Pour être admissible à une vignette pour motocyclette ou cyclomoteur, vous devez remplir les deux conditions suivantes :

- être propriétaire ou locataire d'une motocyclette ou d'un cyclomoteur ;
- détenir une vignette de stationnement pour automobile pour personnes handicapées.

Si vous détenez une vignette de stationnement pour automobile, veuillez inscrire son numéro. _____

C Renseignements en vue d'établir l'admissibilité

1. **Pour vos déplacements,** utilisez-vous une poussette, un orthomobile, une base de positionnement ou un fauteuil roulant subventionné par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)?

☐ Oui
- ▶ Joignez la preuve de subvention. **Passez directement à la section F.**

OU

- ▶ Indiquez votre numéro d'assurance maladie (NAM) : _____
- ▶ Cochez la case suivante :

☐ J'autorise la Société et la RAMQ à s'échanger les renseignements personnels nécessaires me concernant afin d'établir mon admissibilité à une vignette de stationnement pour personnes handicapées (ex. : mon NAM, mon numéro d'identification de la SAAQ, mon statut de bénéficiaire (ou non) d'une aide à la locomotion en vertu du programme d'appareils suppléant à une déficience physique administré par la RAMQ, etc.).

- ▶ **Passez directement à la section F.**

☐ Non
- ▶ **Passez à la question suivante.**

C Renseignements en vue d'établir l'admissibilité (suite)

2. Une aide financière vous a-t-elle été accordée en vertu du Programme d'adaptation de véhicule pour les personnes handicapées pour au moins un des équipements suivants : un plancher abaissé, une plateforme, un coffre de toit (Chair Topper), un chariot (ou remorque) ou un treuil?

☐ Oui ► Cochez la case suivante :

☐ J'autorise la Société de l'assurance automobile du Québec à consulter mon dossier relatif au Programme d'adaptation de véhicule pour les personnes handicapées afin d'établir mon admissibilité à une vignette de stationnement pour personnes handicapées.

► **Passez directement à la section F.**

☐ Non ► **Passez à la question suivante.**

3. Si vous êtes titulaire d'un permis de conduire, la condition P y figure-t-elle ?

☐ Oui ► **Passez directement à la section F.**

► Cochez la case suivante :

☐ J'autorise la Société à échanger des renseignements sur mon état de santé et sur ma situation de handicap avec mon évaluatrice ou mon évaluateur afin d'établir mon admissibilité à une vignette de stationnement pour personnes handicapées. Je comprends qu'un résumé de toute communication sera versé à mon dossier.

☐ Non ► **Faites remplir la section D par une personne dont la profession est mentionnée à la section E.**

D Évaluation (Si requise, cette section doit être remplie par une personne dont la profession est mentionnée à la section E.)

1. Le *Code de la sécurité routière* permet à un conducteur d'immobiliser son véhicule à un endroit normalement interdit pour laisser monter ou descendre une personne handicapée.

La personne peut-elle être laissée seule sans danger pour sa santé et sa sécurité ? ☐ Oui ☐ Non

2. Indiquez les diagnostics, les déficiences, les stades, les pronostics, les causes acquises ou congénitales, etc.

_____

_____

3. Si la personne a une déficience à l'un des systèmes organiques suivants, cochez la case correspondant au système et cochez la classe fonctionnelle.

☐ Respiratoire ► ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ Cardiaque ► ☐ III ☐ IV

4. Cochez la ou les cases correspondant aux types d'incapacité.

☐ Motrice ☐ Intellectuelle ☐ Visuelle ☐ Auditive ☐ Comportementale

☐ Autre, précisez : _____

5. Cochez la case correspondant à la durée de l'incapacité.

☐ Permanente ☐ Temporaire ► Début (Année-Mois-Jour) : _____ Fin probable (Année-Mois-Jour) : _____

6. Fournissez des précisions sur la perte d'autonomie lors des déplacements à l'extérieur.

_____

_____

7. Quelles sont les aides utilisées par la personne pour se déplacer à l'extérieur ?

☐ Aucune aide ☐ Aide humaine ☐ Aide technique (canne, fauteuil roulant, etc.), précisez : _____

8. Sur quelle distance la personne peut-elle se déplacer ?

Aucune aide ► ☐ 50 mètres ou moins ☐ Plus de 50 mètres

Avec aide (technique ou humaine) ► ☐ 50 mètres ou moins ☐ Plus de 50 mètres

D Évaluation (Si requise, cette section doit être remplie par une personne dont la profession est mentionnée à la section E.) (suite)

9. La personne est-elle en mesure de se déplacer à l'extérieur sans risque de déclencher une maladie, de subir un traumatisme ou d'entraîner une atteinte à l'intégrité de l'un de ses systèmes organiques ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires additionnels :

E Renseignements sur la personne ayant évalué la personne handicapée

Nom	Prénom	Code de profession valide (voir légende ci-dessous)

Numéro d'exercice	Téléphone	Signature

Date de l'évaluation (Année-Mois-Jour) : _____ Date du rapport (Année-Mois-Jour) : _____

Code de profession

ES Éducatrice spécialisée ou éducateur spécialisé du réseau de la santé et des services sociaux
ER Ergothérapeute
IN Infirmière ou infirmier
MD Médecin
OP Optométriste
PH Physiothérapeute
PS Psychologue
TP Technologue en physiothérapie
CH Chiropraticienne ou chiropraticien
IH Inhalothérapeute
PO Podiatre
PE Psychoéducatrice ou psychoéducateur
SO Spécialiste en orientation et en mobilité
TS Travailleuse sociale ou travailleur social

F Signature de la personne handicapée ou de la personne qui la représente

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts.

Signature : _____ Date (Année-Mois-Jour) : _____

- Pour connaître les frais à payer, consultez saaq.gouv.qc.ca/personnes-mobilite-reduite/renouveler-vignette-stationnement.
- La vignette de stationnement n'est pas remboursable.
- **Prévoyez 4 à 6 semaines pour la réception de la décision par la poste. Notez que celle-ci sera également disponible dans votre dossier SAAQclic.**

Joignez au formulaire votre paiement sous forme de chèque ou de mandat à l'ordre de la Société de l'assurance automobile du Québec et transmettez le tout à l'adresse suivante :

Vignette de stationnement pour personnes handicapées (act. 6630)
Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 19850, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8Z4

Pour toute autre information :

Sans frais : 1 800 361-7620 (Québec, Canada, États-Unis)
Site Web : saaq.gouv.qc.ca

ATS/ATME
Sans frais au Québec : 1 800 565-7763

Renseignements personnels

La Société ne recueille que les renseignements personnels qui sont indispensables à l'exercice de ses attributions et à l'application des lois dont elle a la responsabilité en tout ou en partie. Son personnel autorisé traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils peuvent être communiqués à ses mandataires et à certains ministères et organismes, y compris ceux situés à l'extérieur du Québec, le tout conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils peuvent aussi servir aux fins de production de statistiques, d'étude, de sondage, d'enquête ou de vérification. Omettre de les fournir peut entraîner un refus du service demandé. Vous pouvez consulter les renseignements personnels vous concernant, en obtenir une copie ou les faire corriger.

Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société à saaq.gouv.qc.ca/confidentialite ou téléphonez au Centre des relations avec la clientèle de la Société.

RÉSERVÉ À LA SOCIÉTÉ

R ☐ P ☐ T ☐ ☐ RSC

Année Mois Jour

Si vous ne pouvez pas imprimer ce formulaire, écrivez à l'adresse documentation@saaq.gouv.qc.ca et nous vous le ferons parvenir par la poste.

Imprimer le formulaire