Société de l'assurance automobile Québec

Information

# Demande de vignette de stationnement pour personnes handicapées

Imprimer Effacer

## Vous devez savoir que...

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

## A Renseignements sur la personne handicapée

Nom actuel | Nom à la naissance (si différent) | Prénom | Numéro de permis de conduire (s'il y a lieu) ?

Numéro | Rue | App. | Ville, village, municipalité | Province | Code postal ?

Téléphone domicile ? | Téléphone bureau | Date de naissance ? Année Mois Jour | Sexe ☐ F ☐ M | Langue de correspondance désirée ☐ Français ☐ Anglais

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

Nom | Prénom

Téléphone domicile | Téléphone bureau

**Lien avec la personne handicapée** ☐ Père / Mère ☐ Curateur ☐ Conjoint ☐ Tuteur ☐ Autre, précisez : _____

## B Renseignements en vue d'établir l'admissibilité

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

☐ Oui ▶ Joignez obligatoirement la preuve de subvention. **Passez directement à la section E.**
Si vous ne pouvez pas joindre cette preuve, **passez à la question suivante.**

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

**2 -** Si vous êtes titulaire d'un permis de conduire, la condition P y apparaît-elle ?

☐ Oui ▶ **Passez directement à la section E.**

☐ Non ▶ **Faites remplir la section C par un évaluateur reconnu.**

## C Évaluation (si requise, cette section doit être remplie par l'évaluateur mentionné à la section D)

**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 le système et encerclez la classe fonctionnelle :

☐ Respiratoire ▶ I II III IV V (selon le Medical Research Council)

☐ Cardiaque ▶ I II III IV (selon la New York Heart Association)

**4 -** Cochez l'incapacité :

☐ Motrice (équilibre, marche, etc.) ☐ Intellectuelle (conscience, orientation spatiale, jugement, etc.) ☐ Visuelle ☐ Auditive

☐ Comportementale (sécurité personnelle, contrôle des pulsions, etc.) ☐ Autre, précisez : _____

**5 -** L'incapacité est-elle permanente ou temporaire ?

☐ Permanente ☐ Temporaire ▶ début : Année Mois Jour fin probable : Année Mois Jour

**6 -** Précisez la perte d'autonomie lors des déplacements à l'extérieur.

_____

_____

| | |
|---|---|
| Nom et prénom de la personne handicapée | |
| Numéro de permis de conduire de la personne handicapée | |

## C Évaluation (suite)

**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 et moins ☐ Plus de 50 mètres

**Avec aide** (technique ou humaine) ▶ ☐ 50 mètres et moins ☐ Plus de 50 mètres

**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 d'un de ses systèmes organiques ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires additionnels :

_____

_____

_____

## D Renseignements sur l'évaluateur

| Nom | Prénom | Code de profession |
|---|---|---|
| | | |

| Signature | Téléphone | Numéro d'exercice |
|---|---|---|
| | | |

Date de l'évaluation : Année Mois Jour

Date du rapport : Année Mois Jour

**Codes**

- **ES** Éducateur spécialisé du réseau de la santé et des services sociaux
- **ER** Ergothérapeute
- **IN** Infirmier
- **MD** Médecin
- **OP** Optométriste
- **PH** Physiothérapeute
- **PS** Psychologue

## E Signature de la personne handicapée

Je, soussigné, autorise par la présente la Société de l'assurance automobile du Québec à échanger au besoin des renseignements sur mon état de santé et sur ma situation de handicap avec l'évaluateur mentionné à la section **D** ou avec mon représentant mentionné à la section **A**. Je comprends qu'un résumé de toute communication sera versé à mon dossier.

**De plus, je déclare que les renseignements fournis sont exacts.**

_____ _____

Signature Année Mois Jour

- **Joignez votre paiement de 15,60 $** sous forme de chèque ou de mandat à l'ordre de la Société de l'assurance automobile du Québec. Ce coût est sujet à modification.
- La vignette de stationnement n'est pas remboursable.
- Prévoyez de 4 à 6 semaines pour l'analyse de la demande et l'envoi de la décision par la poste.

### La communication de renseignements personnels

Le personnel autorisé de la Société de l'assurance automobile du Québec traite de façon confidentielle les renseignements personnels qui lui sont confiés. Ils sont indispensables pour appliquer la Loi sur l'assurance automobile et le Code de la sécurité routière. La Société communique ces renseignements à ses mandataires et à certains ministères et organismes, selon la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Ces renseignements peuvent aussi servir à des fins 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 ces renseignements ou les corriger. Pour plus d'information, consultez la Politique de confidentialité de la Société au www.saaq.gouv.qc.ca ou téléphonez au centre de relations avec la clientèle de la Société.

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

Québec : 418 643-7620
Montréal : 514 873-7620
Ailleurs, sans frais : 1 800 361-7620
Site Web : www.saaq.gouv.qc.ca

ATS/ATME
région de Montréal : 514 954-7763
ailleurs au Québec : 1 800 565-7763

**RÉSERVÉ À LA SOCIÉTÉ**

☐ RSC ☐ INDEM

P ☐ T ☐ Année Mois Jour