

Dossier de demande d'inscription à Optibus

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez utiliser le service OPTIBUS, service public de transport à la demande de personnes à mobilité réduite mis en place par le SYTRAL et complémentaire du réseau TCL. Nous vous proposons le service OPTIBUS, avec des déplacements groupés à bord d'un véhicule et le service OPTIGUIDE avec un accompagnateur, en utilisant le réseau TCL.

L'accès au service se fait sur étude du dossier et, dans certains cas, après passage en commission (pour des raisons médicales ou de sécurisation).

Pour vous inscrire, nous vous remercions de nous retourner par courrier, à l'adresse précisée en bas de page, les documents suivants :

- **A - Formulaire de demande d'accès au service « Informations générales »**,
- **B - Attestation sur l'honneur** de l'exactitude des informations transmises relatives à la domiciliation, accompagnée d'un **justificatif de domicile de moins de 3 mois** : quittance de loyer, facture d'électricité, d'eau, téléphone...,
- **C - Formulaire médical confidentiel** accompagné d'un **certificat médical du médecin** attestant de la faculté du patient, à retourner sous pli confidentiel dans l'enveloppe prévue à cet effet,
- **D - Engagement sur l'honneur** de l'exactitude des renseignements médicaux fournis,
- **E - Formulaire besoin d'accompagnement et assistance technique à la mobilité**,
- **F - Formulaire de choix d'achat de titres de transport**, accompagné d'un **RIB** si vous souscrivez au prélèvement automatique,
- **Photocopie de votre carte d'identité**,
- **Photocopie de la carte Invalidité** ou de la **carte Mobilité Inclusion** ou **carte cécité étoile verte**,
- **Chèque d'un montant de 20 euros**, correspondant aux frais d'instruction des dossiers, qui vous sera remboursé en cas d'acceptation de votre dossier.

Tout dossier incomplet ne pourra être traité.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Madame Carole IRLE
Directrice

Optibus

4 rue Maurice Audibert
69800 Saint-Priest
04 37 25 24 24
www.optibus.fr



A - Formulaire de demande d'accès au service « Informations générales »

Demandeur

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe : F M
Téléphone fixe : Portable:
E-mail :@.....
Adresse :
Code Postal : Ville :
Pour les hôpitaux ou centre de soins, merci de préciser le nom du pavillon et le n° de chambre :
.....

Handicap : moteur visuel

Domicile du demandeur

Habitez-vous à l'étage? Oui Non Si oui combien ?
Avec ascenseur ? Oui Non
Avec interphone ? Oui Non
Avec code portail ? Oui Non Code :
Y a-t-il des marches pour accéder à votre domicile? Oui Non

Modes de déplacements actuels

Véhicule personnel Transports en commun
 Véhicule d'un tiers Autres (précisez :)

Motifs de déplacements fréquents (plusieurs choix possibles)

Travail* Rendez-vous médicaux
 Loisirs Autres (précisez :)

***Si vous souhaitez utiliser Optibus pour le motif « travail », merci de joindre au dossier une attestation de votre employeur afin que votre dossier puisse être traité en priorité.**



Responsable légal (tutelle, curatelle, etc.)

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Téléphone fixe : Portable:
E-mail :@.....

Personne à prévenir en cas d'incident (si différente du responsable légal ou pas de responsable légal)

Nom : Prénom :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Téléphone fixe : Portable:

Fiche remplie par :

Le demandeur Le responsable légal du demandeur Autres, précisez :
.....

Fait à, le

Signature

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Keolis PMR Rhône dans le cadre du marché liant la société au SYTRAL pour le transport public des Personnes à Mobilité Réduite, en complément du réseau TCL. Les informations recueillies servent exclusivement à :

- la planification et la réalisation des déplacements en porte-à-porte pour les personnes à Mobilité Réduite inscrites au Service Optibus,
- l'élaboration de Statistiques de fréquentation.

Elles sont conservées pendant la durée du marché entre Keolis PMR Rhône et le Sytral et sont destinées :

- aux exploitants du service Optibus pour la production des déplacements,
- à l'Entité Adjudicatrice, le SYTRAL.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant Optibus par mail, optibus-client@keolis.com, ou par courrier : Service Optibus - Droits d'accès aux Données Personnelles - 4 rue Maurice Audibert - 69800 SAINT PRIEST
Aucun démarchage commercial n'est effectué.
Traitement enregistré sous le numéro loZO537205o.



**B - Attestation sur l'honneur de l'exactitude
des informations transmises relatives à la domiciliation**

Je soussigné(e), né(e) le
à, atteste sur l'honneur avoir mon domicile
principal à l'adresse suivante :

N°..... Voie
Complément d'adresse
CP Ville

Je joins à cette attestation un **justificatif de domicile** de moins de 3 mois.

Fait à, le

Signature



C - Formulaire médical confidentiel (Peut être rempli par votre médecin)

Ce questionnaire sera lu par notre médecin, tenu au secret professionnel.
Merci de le renvoyer **sous pli cacheté annoté « CONFIDENTIEL DOSSIER MEDICAL »**,
accompagné d'un **certificat médical**.

Nom et prénom du demandeur
Date de naissance
Adresse
Nom du médecin traitant
Adresse
Téléphone
Nom de la personne qui remplit ce questionnaire (si ce n'est pas le futur usager d'Optibus):
.....

Diagnostic médical :

Date du traumatisme initial ou de l'apparition de la maladie

Pathologies :

Neurologiques (Joindre obligatoirement le bilan du spécialiste) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Troubles de la coordination |
| <input type="checkbox"/> Maladies génétiques/dégénératives | |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Ostéo-articulaires (Joindre obligatoirement le bilan du spécialiste) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Séquelles de fracture ou de traumatisme | <input type="checkbox"/> Arthrose invalidante |
| <input type="checkbox"/> Amputation | <input type="checkbox"/> Maladie rhumatismale |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Sensorielles :

- Troubles de la vue* : type d'atteinte ?.....
***Joindre obligatoirement un certificat d'un ophtalmologue**
- Troubles de l'audition : appareillage ?.....
Joindre obligatoirement le bilan du spécialiste



Cardiovasculaires (Joindre obligatoirement le bilan du spécialiste) :

- Hypotension orthostatique
- Angor d'effort
- Hypertension artérielle
- Artérite des membres inférieurs
- Troubles du rythme cardiaque
- Autres :

Respiratoires (Joindre obligatoirement le bilan du spécialiste) :

- Insuffisance respiratoire
- Bronchite chronique
- Asthme
- Extracteur d'oxygène
- Autres :

Psychologiques ou psychiatriques (Joindre obligatoirement le bilan du spécialiste) :

- Diagnostic :
- Traitement :
- Médecin traitant : N° tél :

Autres problèmes médicaux

Antécédents médico-chirurgicaux

Traitement médicamenteux actuel

Faites-vous cette demande à Optibus en raison d'une aggravation de votre état de santé ?

- Oui Non

Si oui, laquelle ?

Depuis quelle date ?

Type de prise en charge sécurité sociale

Date

Signature du demandeur

NB : Les données concernant le dossier médical sont exclusivement réservées au Médecin de la Commission et ne donnent pas lieu à enregistrement.



D - Engagement sur l'honneur relatif aux renseignements médicaux

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis à titre médical, relatifs à mon handicap, sa gravité, ma capacité à me déplacer et mon besoin d'accompagnement.

Fait à, le

Signature



E - Formulaire besoin d'accompagnement et assistance technique à la mobilité

Identité du demandeur

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Votre mobilité

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> Marche avec déambulateur |
| <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique | <input type="checkbox"/> Marche avec cannes |
| <input type="checkbox"/> Marche avec un chien guide | <input type="checkbox"/> Marche avec l'aide d'une personne |
| <input type="checkbox"/> Marche avec une canne blanche | <input type="checkbox"/> Marche sans aide |

Si déplacement en fauteuil :

Modèle de fauteuil :

⇒ Joindre impérativement le certificat d'homologation au transport du fauteuil sous la norme ISO 7176-19

Capacité de transfert dans un véhicule Sans aide Avec aide Impossible

Accompagnateur permanent Oui Non

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Keolis PMR Rhône dans le cadre du marché liant la société au SYTRAL pour le transport public des Personnes à Mobilité Réduite, en complément du réseau TCL. Les informations recueillies servent exclusivement à :

- la planification et la réalisation des déplacements en porte-à-porte pour les personnes à Mobilité Réduite inscrites au Service Optibus,

- l'élaboration de Statistiques de fréquentation.

Elles sont conservées pendant la durée du marché entre Keolis PMR Rhône et le Sytral et sont destinées :

- aux exploitants du service Optibus pour la production des déplacements,

- à l'Entité Adjudicatrice, le SYTRAL.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant Optibus par mail, optibus-client@keolis.com, ou par courrier : Service Optibus - Droits d'accès aux Données Personnelles - 4 rue Maurice Audibert - 69800 SAINT PRIEST
Aucun démarchage commercial n'est effectué.

Traitement enregistré sous le numéro loZO537205o.

Optibus

4 rue Maurice Audibert
69800 Saint-Priest
04 37 25 24 24
www.optibus.fr



F - Formulaire de choix d'achat de titres de transport Optibus



⇒ Le coût du déplacement avec un accompagnateur **Optiguide** est celui des transports TCL. Pour les déplacements Optiguide, vous devez prévoir l'achat de votre abonnement ou de titres de transports auprès du service TCL.



⇒ Le coût du déplacement en véhicule **Optibus** est de **2€** par trajet. Pour les déplacements Optibus, plusieurs modes de paiement vous sont proposés (*Cochez la case de votre choix*) :

Achat de titres en billetterie soit à l'unité auprès du conducteur, soit par carnet de 10 tickets (20€) auprès d'Optibus (sur site ou par courrier avec envoi du chèque du montant correspondant) ;

Paiement différé par prélèvement automatique sur votre compte bancaire. Vous effectuez des trajets sans remettre de tickets au conducteur. Le mois suivant, vous recevez votre facture avec un relevé de vos trajets, et êtes prélevé sur votre compte bancaire. L'adhésion au paiement différé est gratuite, quel que soit le nombre de trajets.

→ Si vous ne souhaitez pas souscrire au paiement différé vous n'êtes pas concerné par la suite de ce document.

→ Si vous souhaitez souscrire au paiement différé, remplissez l'encart ci-dessous et le mandat de prélèvement SEPA ci-joint. N'oubliez pas de **joindre un RIB**.

INSCRIPTION AU PAIEMENT DIFFÉRÉ

Cochez les cases de votre choix

Nom Prénom

N° Rue

Code postal Ville

Je souhaite recevoir la facture de mes déplacements

à mon nom à destination d'un tiers, nom :

Je souhaite recevoir la facture en format papier

Adresse de facturation

N° Rue

Code postal Ville

Je souhaite recevoir la facture par mail

Adresse mail :

.....@.....

Optibus

4 rue Maurice Audibert

69800 Saint-Priest

04 37 25 24 24

www.optibus.fr



Mandat de prélèvement SEPA CORE

KEOLIS PMR Rhône - OPTIBUS - 4 rue Maurice Audibert 69800 Saint-Priest

Ne pas compléter - Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

Identifiant du Créancier (ICS) : FR69693578731

Référence Unique du Mandat (RUM) :

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Keolis PMR Rhône à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Keolis PMR Rhône. Vous bénéficiez d'un droit au remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Veillez compléter les champs marqués d'une étoile (*) :

Votre Nom* *Ou dénomination sociale si société*

.....

Numéro RCS* *uniquement si société*

.....

Votre adresse*

.....

Code Postal * **Ville***

Pays * **Téléphone fixe***

Si vous souhaitez recevoir vos notifications de prélèvements de manière électronique, merci de préciser vos coordonnées ci-dessous :

Adresse e-mail

Téléphone portable

Merci de joindre un RIB a ce document

IBAN* (International Bank Account Number) - Numéro d'identification internationale du compte bancaire

.....

BIC * (Bank Identifier code) - code International d'identification de votre banque

.....

Nom du signataire*

Qualité du signataire* (*uniquement si société, signataire habilité*)

Lieu de signature* **Signature(s)* :**

Date de signature*

NB : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Mention CNIL : les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinés à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Optibus

4 rue Maurice Audibert
69800 Saint-Priest
04 37 25 24 24
www.optibus.fr

