

## **CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE**

### ***DEMANDE DE TRANSPORT PAR TAXI AMENAGE POUR DES PERSONNES HANDICAPEES***

#### **IDENTITE DU DEMANDEUR**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Domicile à Soissons :

#### **TITULAIRE DE LA CARTE D'INVALIDITE AU TAUX 80 %**

et comportant la mention « STATION DEBOUT PENIBLE » (1)

N°

Délivrée le :

par :

Valable du :

au :

#### **JOINDRE UNE ATTESTATION OU UNE NOTIFICATION D'UN ORGANISME DE SECURITE SOCIALE CERTIFIANT, SOIT : (2)**

- a) Que mon état nécessite ma circulation de manière permanente en fauteuil,
- b) Qu'une prise en charge m'a été accordée pour l'achat d'un fauteuil roulant,
- c) Que je suis titulaire d'une pension d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie,

#### **BENEFICIAIRE DE L'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) OU L'ALLOCATION COMPENSATRICE (tierce personne) – (1) (2)**

OUI

NON

Signature du demandeur

#### **DECISION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU :**

DATE DE PRISE D'EFFET :

(1) fournir la photocopie

(2) Rayer les mentions inutiles