



Demande d'aide financière pour l'adaptation d'un véhicule pour les personnes dont le handicap ne résulte pas d'un accident de la route

Avec vous, au cœur de votre sécurité ☐ Première adaptation ☐ Renouvellement Numéro de dossier : _____

1 Renseignements sur la personne qui fait (ou pour qui est faite) la demande

Nom de famille à la naissance				Prénom			
Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin	Date de naissance	Année	Mois	Jour	Numéro d'assurance maladie	Numéro d'assurance sociale	
Adresse permanente (numéro, rue, appartement)							
Ville, village ou municipalité						Code postal	
Adresse actuelle si différente (numéro, rue, appartement)							
Ville, village ou municipalité						Code postal	
Téléphone à la résidence		Téléphone au travail		Autre			
Utilisation d'un appareil pour malentendant ou malentendante	☐ Oui ☐ Non	Correspondance	☐ Français ☐ Anglais	Réside dans un établissement de santé et de services sociaux	☐ Oui ☐ Non		

2 Renseignements sur le représentant ou la représentante (s'il y a lieu)

Nom de famille à la naissance				Prénom				Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin
Adresse permanente (numéro, rue, appartement)								
Ville, village ou municipalité						Code postal		
Téléphone à la résidence		Téléphone au travail		Autre				
Lien avec la personne pour qui est faite la demande	☐ Père ou mère ou parent ☐ Tuteur ou tutrice	☐ Conjoint ou conjointe ☐ Autre, précisez : _____						

3 Admissibilité

Inscrivez, si vous le pouvez, le nom précis correspondant à votre ou vos déficiences. Précisez la cause et la date d'apparition.

Déficience : _____

Cause

Date d'apparition (Année-Mois-Jour)

☐ Présente à la naissance

☐ Autre maladie

☐ Accident de travail ou maladie liée au travail

☐ Accident de la route

☐ Acte criminel ou blessure ou maladie liée au combat

Êtes-vous ou avez-vous été indemnisé par la CNESST pour ce problème? _____

Êtes-vous ou avez-vous été indemnisé par la SAAQ pour cet accident? _____

Êtes-vous ou avez-vous été indemnisé pour ce problème? _____

Description de vos limitations : _____

Utilisez-vous des aides techniques, des prothèses, des orthèses ou tout autre moyen vous permettant de compenser votre ou vos déficiences et d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne?

☐ Non ☐ Oui, précisez : ☐ Fauteuil roulant manuel ☐ Triporteur ☐ Quadriporteur ☐ Marchette ☐ Canne ☐ Béquilles canadiennes

☐ Fauteuil roulant motorisé ☐ Organisme payeur, précisez : _____

4 Information supplémentaire

N° de plaque d'immatriculation (si connu) : _____ Précisez le type d'adaptation : ☐ Passager(-ère) ou ☐ Conducteur(-trice)

Numéro de permis de conduire (numéro qui commence par la première lettre de votre nom de famille) : _____

Advenant le cas où les recommandations de l'ergothérapeute ne sont pas compatibles avec votre véhicule, auriez-vous la capacité financière de procéder à l'achat d'un nouveau véhicule (ex. : minifourgonnette) ? ☐ Oui ☐ Non

Détenez-vous déjà une vignette pour pouvoir utiliser les espaces de stationnement réservés aux personnes handicapées ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, désirez-vous en obtenir une ? ☐ Oui ☐ Non

Pour connaître les frais à payer, consultez saaq.gouv.qc.ca/personnes-mobilite-reduite/remplacer-vignette-stationnement.

5 Engagement

Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis sont complets et conformes à la vérité. Je m'engage à aviser sans délai la Société de l'assurance automobile du Québec de tout changement dans ma situation (ou dans la situation de _____) qui rendrait inexacts les renseignements que j'ai fournis pour l'étude de ma demande (ou de sa demande).

Dans l'éventualité où la Société accorde de l'aide financière pour l'adaptation de véhicule, je m'engage à utiliser cette aide financière aux seules fins qui seront décrites dans la lettre d'acceptation.

Signature de la personne qui fait (ou pour qui est faite) la demande
(Veuillez noter que la personne doit signer si elle est âgée de 14 ans ou plus.)

Date (Année-Mois-Jour)

Signature du représentant ou de la représentante (s'il y a lieu)

Date (Année-Mois-Jour)

N. B. Cette représentation n'a lieu que si la personne pour qui est faite la demande a moins de 18 ans ou si elle a plus de 18 ans, mais est incapable d'administrer ses biens.

6 Consentement

☐ Aux fins de cette demande d'adaptation d'un véhicule ou aux fins d'une demande de renouvellement subséquente, j'autorise la SAAQ à communiquer le descriptif des adaptations autorisées à mon ergothérapeute et/ou à mon fournisseur spécialisé dans le domaine de l'adaptation de véhicule qui procèdera aux modifications sur le véhicule.

Signature de la personne qui fait (ou pour qui est faite) la demande
(Veuillez noter que la personne doit signer si elle est âgée de 14 ans ou plus.)

Date (Année-Mois-Jour)

Signature du représentant ou de la représentante (s'il y a lieu)

Date (Année-Mois-Jour)

Les informations médicales transmises dans le cadre de l'étude de la présente demande peuvent servir (s'il y a lieu) à évaluer une personne sur son aptitude à conduire.

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.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

POUR DEMANDER DES RENSEIGNEMENTS

Par téléphone : 1 866 702-9213

Par télécopieur : 418 643-3346

DOCUMENTS EXIGÉS

Tous les documents exigés selon la situation doivent être annexés afin de permettre l'évaluation de votre demande dans les meilleurs délais.

EXPÉDIER LA DEMANDE

Par la poste en utilisant l'enveloppe-réponse ou par télécopieur.

PRÉCISIONS SUR LE FORMULAIRE À REMPLIR

2 Renseignements sur le représentant ou la représentante (s'il y a lieu)

Si vous faites la demande pour une autre personne, veuillez inscrire vos coordonnées ainsi que votre relation avec cette personne (conjoint ou conjointe, père, mère ou parent, tuteur ou tutrice, etc.).

3 Admissibilité

Définition de *personne handicapée*

Toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative et persistante, est atteinte d'une déficience physique ou mentale ou qui utilise régulièrement une orthèse, une prothèse ou tout autre moyen pour pallier son handicap.

Déficiences et limitations fonctionnelles

Cette partie doit être remplie et devra être appuyée par un rapport récent d'un professionnel reconnu (médecin, ergothérapeute, physiothérapeute) décrivant les déficiences et les limitations fonctionnelles justifiant la demande. Ces renseignements sont nécessaires pour nous permettre de déterminer si la personne qui fait une demande correspond à la définition légale d'une personne handicapée et est admissible au Programme d'adaptation de véhicule.

Si vous indiquez que votre déficience découle d'un accident de la route, d'un accident ou d'une maladie liée au travail, d'une blessure découlant d'un acte criminel ou d'une blessure ou d'une maladie en tant qu'ancien combattant, vous devez préciser si vous êtes ou avez été indemnisé par la SAAQ, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) ou par les Anciens Combattants.

Description de vos limitations

Décrivez le mieux possible les principales limitations que vous avez en fonction de votre ou vos déficiences.

Si vous utilisez une aide à la mobilité pour vous déplacer, vous devez préciser si cet équipement a été octroyé en vertu du Programme d'appareil suppléant à une déficience physique ou du Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs (Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)).

4 Information supplémentaire

Vous devez préciser si vous avez la capacité financière de procéder à l'achat d'un nouveau véhicule advenant le cas où les recommandations de l'ergothérapeute ne sont pas compatibles avec le véhicule que vous possédez déjà.

Précisez également si vous désirez obtenir une vignette de stationnement.

5 Engagement

Vous devez nous fournir tous les renseignements et documents nécessaires pour déterminer votre admissibilité au programme d'aide financière aux personnes handicapées pour l'adaptation d'un véhicule.

Signature de la personne qui fait (ou pour qui est faite) la demande

Vous devez signer la demande si vous avez 14 ans ou plus.

Signature du représentant ou de la représentante

Le représentant ou la représentante qui signe la demande doit être quelqu'un qui assiste régulièrement la personne pour qui la demande est faite.

MARCHE À SUIVRE

ÉTAPE 1 – Remplir le formulaire (Afin de rendre valide votre demande, le formulaire doit être dûment signé et daté.)

À joindre au formulaire

- Le rapport d'un ou d'une ergothérapeute (www.oeq.org). Si vous avez déjà fourni un rapport d'un ou d'une ergothérapeute au Service de l'évaluation médicale en lien avec des conditions à votre permis de conduire, veuillez contacter le Service des activités spécialisées au 1 866 702-9213 et laisser vos coordonnées sur la boîte vocale. Un agent ou une agente vous rappellera dans un délai de 24 à 48 heures pour vous indiquer si vous devez fournir un second rapport.
- Une ou deux soumissions, selon l'ampleur du projet, d'un fournisseur spécialisé dans le domaine de l'adaptation de véhicules et qui détient une accréditation du Programme d'assurance de la qualité de l'Association nationale des concessionnaires d'équipement de mobilité du Canada (ANCEM). Ainsi, pour une demande inférieure à 2 000 \$, une seule soumission est requise, et supérieure ou égale à 2 000 \$, deux soumissions sont requises. Vous trouverez la liste de ces fournisseurs sur le site Web de l'ANCEM Canada.

ÉTAPE 2 – Transmettre le formulaire à la SAAQ avec les documents requis

Par la poste

Service des activités spécialisées – activité 123
Société de l'assurance automobile du Québec
Case postale 19600, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 8J6

Par télécopieur

418 643-3346

ÉTAPE 3 – Faire adapter le véhicule et le soumettre à une vérification

Une aide financière vous sera accordée pour l'adaptation de votre véhicule si, après vérification, la solution recommandée par votre ergothérapeute est appropriée à vos besoins, respecte les critères du Programme d'adaptation de véhicule et est la moins coûteuse.

Lorsque vous connaissez le montant de votre aide financière, vous pouvez faire appel au fournisseur spécialisé accrédité par l'ANCEM Canada de votre choix pour faire adapter le véhicule.

Les modifications apportées doivent respecter les normes de Transports Canada et être conformes aux dispositions du *Code de la sécurité routière* et à ses règlements.

Une vérification faite par l'ergothérapeute afin de s'assurer que les adaptations sont conformes à celles qui ont été autorisées et qu'elles sont utilisées de façon sécuritaire est exigée.

Une vérification mécanique pourrait être exigée.

À ce moment, le véhicule devra faire l'objet d'une vérification dans l'un de nos centres de vérification mécanique si les travaux d'adaptation concernaient :

- le système de freinage ou d'accélération;
- la direction;
- la suspension.

ÉTAPE 4 – S'entraîner à la conduite du véhicule adapté

Une fois le véhicule adapté, vous devez vous familiariser avec les équipements nouvellement installés et vous entraîner à une conduite sécuritaire.

Les frais d'un entraînement sont couverts lorsque celui-ci est nécessaire et qu'il a été recommandé par un ergothérapeute.