



Service de
transport adapté

DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ

Réservé au comité d'admissibilité

Numéro de dossier _____

Date de réception
de la demande _____ - _____ - _____
année mois jour

Toute la section rouge doit être complétée EN LETTRES MOULÉES par le REQUÉRANT lui-même, ou par toute personne autorisée (représentant légal). Les renseignements fournis sont confidentiels et à l'usage exclusif du Comité d'admissibilité.

Tout formulaire incomplet ou illisible sera retourné au requérant.

IDENTIFICATION DU REQUÉRANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse de résidence _____
numéro rue appartement

_____ municipalité code postal

Nom de l'établissement où réside le requérant (s'il y a lieu) _____
No de chambre _____

Téléphone: résidence () _____ - _____ bureau () _____ - _____ poste _____

Date de naissance _____ - _____ - _____ Sexe F M Poids _____ Taille _____
année mois jour

Langue français anglais autre _____



La carte OPUS coûte **6\$** aux utilisateurs du **tarif ordinaire** ou **15\$** aux utilisateurs des **tarifs réduits**.
(Enfant de 6 à 11 ans: gratuit)



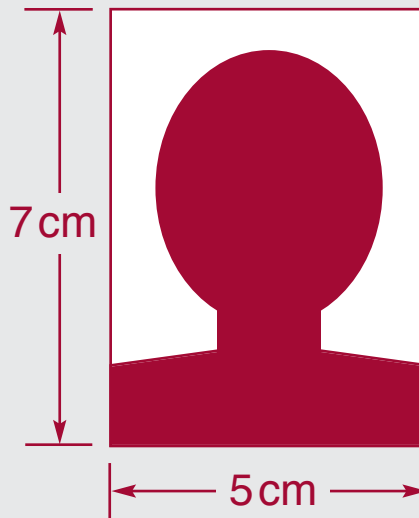
Les tarifs réduits sont accordés:
• aux adolescents de **12 à 15 ans**
• aux étudiants de **16 à 25 ans**
• et aux aînés de **65 ans et plus**.

Notez que les **enfants de 6 à 11 ans** bénéficient automatiquement des tarifs réduits.

Compléter le formulaire *Demande aux tarifs réduits*, section verte.

- ✓ Compléter la section rouge **IDENTIFICATION DU REQUÉRANT, CONTACT** et **AUTORISATION DU REQUÉRANT**.
- ✓ Faire remplir la section bleue **ATTESTATION DES INCAPACITÉS** par le professionnel.
- ✓ Inclure 1 photo de vous, format passeport, tel qu'indiqué ici:

- La photo en noir et blanc ou en couleurs est acceptée. Vous pouvez l'obtenir par exemple dans une pharmacie ou un studio de photographie.



- ✓ Joindre un chèque ou mandat poste libellé au **Réseau de transport de Longueuil** pour:
 - un client, utilisateur du tarif ordinaire: 6,00 \$
 - un client, utilisateur du tarif réduit: 15,00 \$*(enfant de 6 à 11 ans: gratuit)*

Faire parvenir le tout à l'adresse suivante:

RÉSEAU DE TRANSPORT DE LONGUEUIL
Comité d'admissibilité au Service de TRANSPORT ADAPTÉ
1150, boul. Marie-Victorin, Longueuil, (Québec)
J4G 2M4

Pour plus d'information: 450-670-2992, option 3

IDENTIFICATION DU REQUÉRANT

Les questions qui suivent visent à identifier les limitations de la personne dans sa mobilité et à en évaluer l'impact justifiant l'utilisation du transport adapté. Tout formulaire incomplet ou illisible sera retourné au requérant. Le traitement de la demande s'en verra retardé.

1. Quelle est votre principale déficience? _____

Depuis quand? _____

Avez-vous d'autre(s) déficience(s)? Précisez: _____

2. Quels problèmes sont causés par cette (ces) déficience(s) qui vous amène(nt) à présenter une demande d'admissibilité au transport adapté?

S'agit-il de problèmes:

permanents?

saisonniers?

temporaires, d'une durée probable de _____

intermittents? précisez les circonstances _____

3.a Quelle(s) aide(s) utilisez-vous régulièrement pour faciliter vos déplacements extérieurs?

canne oxygène béquilles chien d'aide

fauteuil manuel fauteuil motorisé fauteuil spécial

marchette pliante marchette non pliante triporteur ou quadriporteur

autres (orthèses, autre type de fauteuil, mobilité des membres inférieurs), précisez _____

3.b Si l'utilisation d'une de ces aides n'est qu'occasionnelle, précisez de quelle aide il s'agit et dans quelles circonstances vous l'utilisez

3.c Si vous utilisez un fauteuil roulant, pouvez-vous transférer du fauteuil roulant à la banquette d'une automobile?

oui, seul

oui, avec l'aide d'une personne

jamais, même avec l'aide d'une personne

IDENTIFICATION DU REQUÉRANT

4. S'il existe un service de transport en commun régulier dans votre municipalité, pouvez-vous l'utiliser?

non, veuillez en indiquer la raison _____

oui: autobus

Avez-vous besoin d'être accompagné? toujours

métro

occasionnellement

jamais

5. Si vous étiez admis au transport adapté, nécessiteriez-vous une aide particulière à bord du véhicule durant le voyage?

non oui: laquelle? _____

pourquoi? _____

6. Avez-vous la charge d'enfant(s) âgé(s) de moins de 14 ans?

non oui: nom prénom date de naissance

1^{er} _____ - _____ - _____
année mois jour

2^e _____ - _____ - _____
année mois jour

3^e _____ - _____ - _____
année mois jour

7. Êtes-vous capable de communiquer?

verbalement gestuellement par symboles aucune communication

autre, précisez _____

8. Faites-vous usage:

d'un télécriteur? non oui

d'un autre appareil de communication? non oui, précisez _____

CONTACT

Si le requérant n'a pas rempli lui-même cette section, veuillez identifier la personne qui l'a fait à sa place.

Nom _____ Prénom _____

Téléphone: résidence () _____ - _____ bureau () _____ - _____ poste _____

Lien avec le requérant _____ Nom de l'établissement (s'il y a lieu) _____

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom _____ Prénom _____

Téléphone: résidence () _____ - _____ bureau () _____ - _____ poste _____

Lien avec le requérant _____ Nom de l'établissement (s'il y a lieu) _____

Vous pouvez joindre, en annexe, tout autre renseignement concernant votre admissibilité au transport adapté.

AUTORISATION DU REQUÉRANT

«Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. Je comprends que toute fausse déclaration pourrait entraîner le refus de mon admission ou la révocation de mon admission.»

«J'autorise le Comité d'admissibilité à prendre connaissance de tous les renseignements contenus sur ce formulaire ainsi que de tous les autres documents joints à l'appui de la présente demande. J'autorise également le Comité à communiquer avec les personnes identifiées précédemment et avec les personnes ayant produit ces documents. Je comprends qu'en cas d'admission, seules les informations nécessaires à ma sécurité et à mon confort seront transmises au transporteur.»

Signature obligatoire

Requérant

ou

Personne autorisée

Date de l'autorisation _____ - _____ - _____
année mois jour

ATTESTATION DES INCAPACITÉS

Toute la section bleue doit être remplie par un PROFESSIONNEL qui est familier avec les limitations que la (les) déficience(s) du requérant entraînent sur sa capacité de se déplacer:

- un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un physiatre;
- un cardiologue, un pneumologue ou un neurologue;
- un spécialiste en orientation-mobilité;
- un spécialiste en réadaptation ou en rééducation;
- un psychologue ou un psychiatre;
- tout autre professionnel du réseau de la santé ou du réseau scolaire.

Tout formulaire incomplet ou illisible sera retourné au requérant.

Vous pouvez joindre, en annexe, tout autre renseignement concernant l'admissibilité au transport adapté.

Compléter la PARTIE appropriée EN LETTRES MOULÉES

PARTIE A INCAPACITÉS SUR LE PLAN PHYSIQUE OU MOTEUR

Sinon passez à la partie B.

1. Quel est le diagnostic, inscrit au dossier, en relation avec les incapacités identifiées précédemment? (ex: sclérose en plaque, A.C.V., hémiplégie)

Depuis quand ? _____

Précisez, s'il y a lieu, le niveau de déficience ou l'état fonctionnel, notamment la classe fonctionnelle (**degré, classe**) de la déficience **respiratoire** ou **cardiaque** (N.Y.H.A.) et de la **maladie de Parkinson**.

Prothèses utilisées, s'il y a lieu _____

2. Le requérant peut-il marcher 400 mètres sur un terrain plat et uni?

- oui
- oui, sauf l'hiver
- oui, mais il est confronté à certains obstacles géographiques qui l'en empêchent

Précisez: _____

- oui, sauf lorsqu'il se déplace avec un enfant de moins de 6 ans, dont il a la charge
- non, incapable en tout temps
- non, incapable de façon intermittente

Précisez: _____

Précisez la distance (en mètres) que le requérant peut parcourir _____

Temps requis _____

3. Le requérant peut-il monter une marche de 35 centimètres de haut avec appui ou en descendre sans appui?

- oui
- oui, sauf lorsqu'il se déplace avec un enfant de moins de 6 ans, dont il a la charge
- non, incapable en tout temps de: monter avec appui ou descendre sans appui.

Précisez (amplitude, faiblesse musculaire, douleur, équilibre) _____

4. Le requérant présente-t-il, en raison d'une déficience cardiaque ou respiratoire sévère et chronique, ou d'une déficience neurologique sévère, une fatigue extrême l'empêchant d'effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier, ou qui l'en empêcherait si un tel service était offert dans sa municipalité?

- non oui, en tout temps, expliquez _____
- oui de façon intermittente, expliquez _____

Si cette incapacité ne concerne que les déplacements pour les traitements de dialyse, le préciser:

5. Les incapacités identifiées précédemment (aux questions 1 à 3) sont-elles?

- permanentes temporaires, pour une durée probable de _____

6a. Les limitations du requérant nécessitent-elles l'une des aides suivantes lors de ses déplacements à l'extérieur?

- canne oxygène béquilles chien d'aide
- fauteuil manuel fauteuil motorisé fauteuil spécial
- marchette pliante marchette non pliante triporteur ou quadriporteur

autres (orthèses, autre type de fauteuil, mobilité des membres inférieurs), précisez _____

6b. Le requérant doit-il utiliser cette aide?

- en tout temps à l'occasion

Précisez _____

6c. Si le requérant est en fauteuil roulant, peut-il se transférer du fauteuil à la banquette de l'automobile?

- oui, sans aide
- oui, avec l'aide d'une personne
- non, même avec l'aide d'une personne

PARTIE B INCAPACITÉS SUR LES PLANS SENSORIEL, COGNITIF OU COMPORTEMENTAL

1. Quel est le diagnostic, inscrit au dossier, en relation avec les incapacités identifiées précédemment? (ex: trisomie 21, schizophrénie, rétinite pigmentaire)

Depuis quand? _____

2. Le requérant peut-il s'orienter dans le temps ou dans l'espace ?

oui non

Cette incapacité se manifeste:

en tout temps le soir seulement l'hiver seulement

pour des déplacements non familiers

pour des déplacements trop complexes

de façon intermittente, précisez _____

3. Le requérant peut-il maîtriser certaines situations pouvant être préjudiciables à sa sécurité, ou à celle de ses enfants, lors de ses déplacements (ex: traverser une rue)?

oui non

Cette incapacité se manifeste:

en tout temps le soir seulement l'hiver seulement

pour des déplacements non familiers

pour des déplacements trop complexes

avec un, ou des enfants de moins de 6 ans

pour des déplacements avec intersection dangereuse

de façon intermittente, précisez _____

ATTESTATION DES INCAPACITÉS

4a. Le requérant peut-il maîtriser certaines réactions comportementales (ex: impulsivité, agressivité, automutilation) pouvant être préjudiciables à sa sécurité, ou à celle des autres, lors de ses déplacements?

oui non

Si non, cette incapacité se manifeste:

en tout temps, précisez _____

de façon intermittente, précisez _____

dans certaines situations, précisez _____

4b. Le requérant présente-t-il un problème de comportement dont le transporteur devrait être informé advenant son admission?

non oui, précisez _____

5. Les incapacités identifiées précédemment (questions 1 à 3) sont-elles?

permanentes temporaires, pour une durée probable de _____

6. Si le requérant a une déficience du psychisme, est-il sous médication relativement à cette déficience ?

non oui

Si oui, ces problèmes sont-ils contrôlés par médication? précisez _____

7a. Si le requérant a une déficience visuelle, précisez:

Acuité visuelle: vision de loin avec ordonnance (en métrique)

OD _____ OG _____ OU _____

Champ visuel, cochez et précisez

Moins de 20° OD OG

Plus de 20° OD OG _____

7b. De quelle aide à la mobilité le requérant a-t-il besoin?

aucune aide télescopique aide électronique chien-guide

canne de support (blanche) canne longue de détection (blanche)

autre, précisez _____

ATTESTATION DES INCAPACITÉS

8a. Si le requérant est épileptique, précisez la nature des crises (types et manifestations):

8b. Indiquez si ce problème est contrôlé par médication: oui non partiellement contrôlé

Si partiellement contrôlé:

Une médication est présentement à l'essai, précisez _____

Aucune médication ne réussit à contrôler complètement les crises, précisez _____

8c. Si le requérant a des crises sévères (c'est-à-dire avec pertes de conscience ou convulsions):

Indiquez combien de fois par semaine en moyenne elle a de tels types de crises: _____

Commentez les effets secondaires de la médication (s'il y a lieu):

Expliquez, s'il y a lieu, en quoi la sécurité de la personne est compromise lors de ses déplacements:

9. Le requérant peut-il communiquer?

verbalement par symboles gestuellement aucune communication

autres, précisez (surdité) _____

PARTIE C PRÉCISIONS IMPORTANTES

1a. Le requérant a-t-il été, ou est-il actuellement, en traitement ou en réadaptation, ou prévoit-on l'y inscrire?

oui, supervisé par _____ téléphone () _____ - _____

nom de l'établissement _____

services en cours ou à venir _____

date de début _____ - _____ - _____ durée probable _____ terminé le _____
année mois jour

1b. Le requérant est-il, ou sera-t-il, en mesure d'utiliser le transport en commun régulier après cette période de traitement ou de réadaptation?

oui non *sinon expliquez pourquoi* _____

2a. Le requérant a-t-il suivi, suit-il ou suivra-t-il un cours en orientation-mobilité, un apprentissage ou une familiarisation (traitement ou thérapie comportementale) en vue de l'utilisation des services de transport en commun régulier?

non

oui, supervisé par _____ téléphone () _____ - _____

nom de l'établissement _____

(s'il s'agit d'un autre établissement que celui identifié à la question 1)

date de début _____ - _____ - _____ durée probable _____ terminé le _____
année mois jour

Si le cours en orientation-mobilité, l'apprentissage ou la familiarisation en vue de l'utilisation s'est soldé par un échec, en expliquer les causes: _____

2b. Si la personne n'a pas bénéficié d'un cours en orientation-mobilité, d'un apprentissage ou d'une familiarisation et qu'il n'est pas prévu qu'elle en bénéficie; quelles en sont les raisons?

la personne n'a pas le potentiel pour apprendre ou pour se familiariser, *expliquez:*

la personne aurait le potentiel pour apprendre ou se familiariser, mais il n'y a pas de transport en commun dans la municipalité

les trajets à effectuer sont trop complexes

les trajets sont considérés comme dangereux

les déplacements à effectuer ne correspondent pas aux trajets offerts par le service de transport en commun régulier

les trajets ne sont pas effectués assez souvent pour maintenir une performance sécuritaire

le requérant (parent ou tuteur) refuse; pour quelles raisons?

aucune demande n'a été faite

autre, *précisez* _____

ATTESTATION DES INCAPACITÉS

3. **Présentement, le requérant est-il en mesure d'effectuer des déplacements, seul de façon autonome en TRANSPORT EN COMMUN RÉGULIER, considérant qu'il peut devoir marcher 400 mètres, monter des escaliers, etc ?**

- non, car elle en est incapable
- non, car ce service n'est pas offert dans le secteur où elle réside
- oui, tous les déplacements
- oui, mais avec un accompagnateur
- oui, tous les déplacements, sauf le soir
- oui, tous les déplacements, sauf l'hiver
- oui, tous les déplacements, sauf lorsque la personne se déplace avec un enfant de moins de 6 ans dont elle a la charge
- oui, certains déplacements spécifiques: *Précisez l'origine et la destination de ces déplacements*

origine

destination

4. **Si le requérant était admis au transport adapté, ses limitations feraient-elles en sorte qu'il nécessite l'aide d'un accompagnateur à bord du véhicule?**

- non, *expliquez* _____
- non, si certaines mesures sont mises en place pour pallier aux problèmes de comportement en cours de déplacement, *expliquez* _____
- oui, temporairement à des fins de familiarisation pour une période de _____
- oui, en tout temps, *expliquez* _____

Précision sur l'accompagnement obligatoire

L'accompagnement obligatoire n'est accordé que s'il est justifié par le professionnel qui doit mentionner toute incapacité spécifique pouvant justifier un accompagnateur obligatoire.

Exemples:

1. Une personne ayant à la fois une déficience intellectuelle ou physique et une épilepsie non contrôlée avec des crises très fréquentes, pourrait avoir besoin d'un accompagnement obligatoire si elle a des vomissements ou si elle a des contractions durant les crises et que ses problèmes structuraux l'empêchent de se repositionner par elle-même.
2. Une personne souffrant d'apnée peut avoir besoin d'assistance quand sa respiration s'interrompt. Il faut alors la secouer pour lui permettre de respirer; ce qui justifie un accompagnement obligatoire.
3. Une personne qui ne peut effectuer elle-même l'ajustement ou la surveillance de sa bonbonne d'oxygène, requiert aussi une assistance.

5. **L'état de la personne laisse-t-il entrevoir une récupération possible?**

- oui, quand et *expliquez* _____
- non, *expliquez* _____

ATTESTATION DES INCAPACITÉS

6. Depuis combien de temps traitez-vous ou offrez-vous des services à cette personne?

7. Les informations contenues dans le présent document concernant le diagnostic et l'évaluation des incapacités proviennent-elles?

D'une évaluation du requérant.

Si oui, précisez s'il y a lieu, l'évaluation (ex.: étude de la fonction musculaire et articulaire) à laquelle le requérant a été soumis

Du dossier du requérant: diagnostic, précisez la date _____

évaluation des incapacités, précisez la date _____

Autre, précisez _____

S'il y a lieu, veuillez fournir toute autre information, ou annexer tout document que vous jugez utile de porter à l'attention du comité d'admissibilité, dans le cadre de la présente demande.

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL

Nom _____ Fonction _____

Téléphone () _____ - _____ Numéro de pratique (s'il y a lieu) _____

«Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que le requérant pourrait se voir refuser le service de transport adapté, ou ne plus avoir accès à ce service s'il est déjà admis.»

Signature du professionnel autorisé _____

_____ - _____ - _____
année mois jour

*Estampille ou sceau du professionnel
du centre de réadaptation*



Le contenu du présent formulaire est prescrit par le ministère des Transports du Québec.

- Complété les sections **IDENTIFICATION, CONTACT** et **AUTORISATION DU REQUÉRANT** (pages 3, 4 et 5) ?
- Fait remplir, par le professionnel, la section **ATTESTATION DES INCAPACITÉS** (pages 6 à 13) ?
- Inclus 1 photo de vous, format passeport?
- Joins un chèque ou mandat poste libellé au **Réseau de transport de Longueuil** pour:
 - un client, utilisateur du tarif ordinaire: 6,00 \$
 - un client, utilisateur du tarif réduit: 15,00 \$

Faire parvenir le tout à l'adresse suivante:

RÉSEAU DE TRANSPORT DE LONGUEUIL
Comité d'admissibilité au Service de TRANSPORT ADAPTÉ
1150, boul. Marie-Victorin, Longueuil, (Québec)
J4G 2M4

Le comité d'admissibilité se réunit chaque mois et il rend sa décision dans un délai de 45 jours. Si vous vous croyez lésé par sa décision, vous pouvez, dans les 40 jours suivants, en faire appel par écrit au Bureau de révision.

Votre requête doit être transmise au:

Ministère des Transports du Québec
Direction du transport terrestre des personnes
Bureau de révision
700, boul. René-Lévesque Est, 24^{ième} étage
Québec (Québec) G1R 5H1

Le Bureau de révision rend sa décision dans les 30 jours suivant la réception d'une demande. Cette décision finale et sans appel peut confirmer, infirmer ou modifier celle du comité d'admissibilité.

Pour plus d'information: 450-670-2992, option 3

Section facultative

Répondez à l'une ou l'autre des questions suivantes, sinon en cas d'assistance concernant votre dossier, nous ne pourrons vous aider par téléphone.

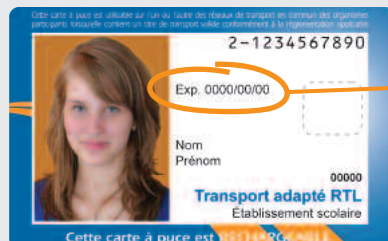
1. Nom de famille de votre mère: _____
2. Nom de votre ville natale: _____
3. Nom de la rue du premier endroit où vous avez habité: _____
4. Nom de votre première école primaire: _____

RÈGLEMENTS

Toute carte **OPUS avec photo** est strictement personnelle et incessible. L'émission et l'utilisation d'une carte **OPUS** sont sujettes au *Règlement L-22 modifiant à nouveau le Règlement concernant les conditions au regard de la possession et de l'utilisation de tout titre de transport émis sous l'autorité du Réseau de transport de Longueuil*, disponible dans le site Internet du RTL: www.rtl-longueuil.qc.ca/images/reglem.pdf. Une copie papier de ce règlement est aussi disponible gratuitement au Service à la clientèle.

Toute personne qui contrevient à l'une des quelconques dispositions est passible d'une amende n'excédant pas 500\$, outre les frais. En cas de récidive dans les deux ans de la condamnation, l'amende sera d'au moins 200\$ et au plus 1000\$, outre les frais. En cas de perte, les mêmes démarches doivent être entreprises pour obtenir une nouvelle carte **OPUS avec photo**.

RENOUVELLEMENT



Votre carte OPUS est valide jusqu'à la date d'expiration qui apparaît près de votre photo.



DEMANDE D'UTILISATION DU TARIF RÉDUIT 2010 - 2011

Compléter la section qui correspond à l'âge du requérant

ADOLESCENT de 12 à 15 ANS au 31 octobre de l'année en cours

À compléter en LETTRES MOULÉES

***champ obligatoire**

* Nom _____ * Prénom _____

Sexe F M

Adresse _____
numéro civique rue ville *code postal

* Date de naissance _____ - _____ - _____ Téléphone (_____) _____ - _____
année mois jour

«Je m'engage à respecter les conditions énoncées ci-après, dont j'ai pris connaissance.»

* Signature de l'adolescent _____ * Date _____ - _____ - _____
année mois jour

* Signature du titulaire
de l'autorité parentale _____ * Date _____ - _____ - _____
(si l'adolescent a moins de 14 ans) année mois jour

Coût de la carte OPUS: 15\$

AÎNÉ de 65 ANS et PLUS

À compléter en LETTRES MOULÉES

***champ obligatoire**

* Nom _____ * Prénom _____

Sexe F M

Adresse _____
numéro civique rue ville *code postal

* Date de naissance _____ - _____ - _____ Téléphone (_____) _____ - _____
année mois jour

«Je m'engage à respecter les conditions énoncées ci-après, dont j'ai pris connaissance.»

* Signature de l'aîné _____ * Date _____ - _____ - _____
année mois jour

Coût de la carte OPUS: 15\$

ÉTUDIANT de 16 à 25 ANS

L'étudiant doit faire signer un représentant autorisé de l'établissement scolaire qui y apposera le sceau officiel. Aucune demande ne sera acceptée sans cette signature. Aucune photocopie ne sera acceptée.

À compléter en LETTRES MOULÉES

* champ obligatoire

* Nom _____ * Prénom _____

Sexe F M

Code permanent
numéro alphanumérique du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec

Adresse _____
numéro civique rue ville * code postal

* Date de naissance _____ - _____ - _____ Téléphone (_____) _____ - _____
année mois jour

L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

* Nom de l'établissement _____ Tél. _____

Numéro de l'établissement



Adresse _____

«Je certifie que l'étudiant dont le nom est inscrit ci-dessus fréquente notre institution à **temps plein**. Les renseignements précédents sont exacts au meilleur de notre connaissance.»

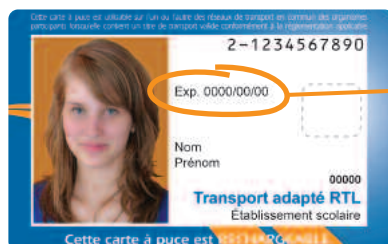
* Signature du directeur _____ * Date _____ - _____ - _____
année mois jour

«Je m'engage à respecter les conditions énoncées ci-après, dont j'ai pris connaissance et j'autorise l'établissement scolaire que je fréquente à vérifier et à confirmer les renseignements ci-haut énumérés.»

* Signature de l'étudiant _____ * Date _____ - _____ - _____
année mois jour

Coût de la carte OPUS: 15\$

RENOUVELLEMENT



Votre carte OPUS est valide jusqu'à la date d'expiration qui apparaît près de votre photo.

Informations en application de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels

1. Les renseignements personnels recueillis afin d'émettre une carte à puce commune de transport en commun (CPCT) personnalisée sont les renseignements qui sont nécessaires, soit pour vérifier, octroyer ou renouveler le statut des personnes qui sont habilitées à obtenir et utiliser une CPCT personnalisée donnant accès à un privilège tarifaire des titres de transport, soit pour le renouvellement, la modification, le remplacement, la réactivation ou l'annulation d'une CPCT personnalisée, le cas échéant;
2. Ces renseignements personnels sont recueillis par le Réseau de transport de Longueuil (RTL) pour lui-même, pour la Société de transport de Montréal (STM) qui a la responsabilité d'exploiter le système informatique du Système intégré de vente de titres et de perception des recettes de transport en commun (« Système intégré ») ainsi que pour le bénéfice des organismes de transport en commun qui participent au Système intégré;
3. Les organismes de transport en commun qui participent au Système intégré sont : la Société de transport de Montréal, la Société de transport de Laval, le Réseau de transport de Longueuil, le Réseau de transport de la Capitale, l'Agence métropolitaine de transport, le Conseil intermunicipal de transport le Richelain, le Conseil intermunicipal de transport Laurentides, le Conseil intermunicipal de transport de Chambly-Richelieu-Carignan, le Conseil intermunicipal de transport Haut Saint-Laurent, le Conseil intermunicipal de transport Vallée du Richelieu, le Conseil intermunicipal de transport La Presqu'île, le Conseil intermunicipal de transport Sorel-Varennes, le Conseil intermunicipal de transport Roussillon, le Conseil régional de transport de Lanaudière et l'Organisme municipal et intermunicipal de transport Sainte-Julie. D'autres organismes de transport en commun pourront éventuellement se joindre au Système intégré et le cas échéant, l'identité de ces nouveaux organismes sera portée à l'attention des usagers du transport en commun par le biais de communiqués ou de mentions dans le portail Internet de la STM et des organismes de transport en commun qui participent au Système intégré;
4. Les fins pour lesquelles les renseignements personnels en question sont recueillis sont les suivantes :
 - a) l'émission, le renouvellement, la modification, le remplacement, la réactivation ou l'annulation de CPCT personnalisés par les organismes de transport en commun qui participent au Système intégré;
 - b) la vente de titres et la perception des recettes de transport en commun ainsi que la répartition de certaines de ces recettes;
 - c) le remboursement ou la restitution de titres;
 - d) la gestion du Système intégré;
 - e) la prévention, la détection ou la répression de la fraude;
 - f) la planification du transport en commun (sous forme dépersonnalisée).
5. Les catégories de personnes qui pourront, dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, avoir accès à ces renseignements personnels au sein des organismes de transport en commun qui participent au Système intégré sont les suivantes : les agents de service à la clientèle, les inspecteurs, les agents de vente de titres de transport en commun ainsi que les employés et consultants de ces organismes de transport qui doivent prendre connaissance de tels renseignements afin d'exercer des fonctions reliées à la vente de titres, à la perception ou à la répartition des recettes de transport en commun et à la gestion du Système intégré;
6. Les renseignements personnels en question sont recueillis sur une base facultative. Les usagers du transport en commun peuvent à leur choix acheter des titres de transport en commun sur des cartes anonymes qui ne donnent lieu à la collecte d'aucun renseignement personnel et qui ne confèrent aucun privilège tarifaire;
7. L'utilisateur qui refuse de fournir les renseignements personnels requis pour l'émission d'une CPCT personnalisée ou qui refuse d'établir son identité lors d'une modification, d'un remplacement, d'une réactivation ou d'une annulation d'une CPCT personnalisée ou pour obtenir un remboursement ou la restitution d'un titre pourra se voir refuser le service ou le privilège demandé;
8. Toute personne ayant fourni des renseignements personnels afin d'obtenir une CPCT personnalisée ou de la faire renouveler, modifier, remplacer, réactiver ou annuler a le droit de consulter les renseignements personnels détenus à son sujet, d'en obtenir copie ou de requérir la rectification des renseignements inexacts, incomplets, équivoques ou recueillis en contravention de la loi en adressant une demande écrite à cette fin au responsable de l'accès de la STM et en justifiant de son identité. Les coordonnées du responsable de l'accès de la STM sont les suivantes:

Société de transport de Montréal
a/s Responsable de l'accès à l'information
et de la protection des renseignements personnels
800, rue de la Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H5A 1J6

Produit par le Service des publications
du Réseau de transport de Longueuil

août 2010



Papier contenant plus
de 30% de fibres recyclées