

Demande d'accès à Marinéo Handi

Service Transport de Personnes à Mobilité Réduite (TPMR)

MARINEO HANDI

Service de Transport de Personnes
à Mobilité Réduite TPMR



Vous êtes en situation de mobilité réduite ? Vous pouvez faciliter vos trajets en vous faisant accompagner gratuitement !

Le service TPMR, Marinéo Handi, est un service gratuit complémentaire à Marinéo pour les personnes qui ne pourraient pas utiliser le réseau.

Ce service est réservé aux résidents des 22 communes de la Communauté d'Agglomération du Boulonnais. Le bénéficiaire du service peut recourir à un accompagnant de son choix. Les personnes détentrices de la Carte Mobilité Inclusion (CMI) « Invalidité » sont exemptées de cette obligation de domiciliation.

Pour bénéficier de ce service, vous devez être dans l'une des situations suivantes :

- Titulaire de la carte d'invalidité 80% et plus
- Titulaire d'une carte CMI « Invalidité »
- En fauteuil roulant
- Atteint de cécité
- Bénéficiaire de la PCH transport

Comment ça marche ?

Réservez en appelant le 03 91 18 04 73

du lundi au jeudi de 9h à 12h et de 14h à 17h et le vendredi de 9h à 12h et de 14h à 16h (sauf samedis, dimanches et jours fériés)

Jours de fonctionnement :

du lundi au samedi de 8h45 à 19h sans interruption

Vous avez le droit à 2 trajets aller/retour par semaine. Les déplacements à caractère médical ou paramédical ne sont pas prioritaires.

Comment faire la demande d'accès au service Marinéo Handi ?

Votre dossier doit être composé des justificatifs suivants :

- Le formulaire ci-après complété (p2)
- Une photocopie de votre carte d'invalidité
- Un certificat médical sous enveloppe cachetée au nom du Docteur chargé de la Commission.

Puis envoyer l'ensemble du dossier par courrier à :

→ Boutique Marinéo, Service TPMR, Centre commercial de la Liane, Boulevard Daunou, 62200 Boulogne-sur-Mer

Etude du dossier tous les 3 mois par Commission d'accès.

Plus d'informations au 03 91 18 04 73

Mme M.

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Adresse : N° / rue / bat / Appt N°
.....
.....

Code postal : Ville :

Téléphone :

Profession :

Nom référent (personne de votre choix) : Tél. référent :

Votre situation

1) Possédez-vous une carte d'invalidité MDPH ? OUI NON

Si oui, à quel taux ?% (veuillez joindre une photocopie de votre carte d'invalidité)

ou Possédez-vous une Carte Mobilité Inclusion (CMI) « Invalidité » ? OUI NON

2) Vous déplacez-vous à l'aide d'un fauteuil roulant ? OUI NON

Si oui, Standard Electrique

Si oui, quelle est la nature de votre handicap :

3) Souffrez-vous d'une maladie invalidante ? OUI NON

Si oui, indiquez la nature de cette maladie

Si non, décrivez en détail les difficultés que vous rencontrez lors de vos déplacements :

.....
.....
.....

4) Vous aidez- vous dans vos déplacements :
- d'une canne OUI NON
- de deux cannes OUI NON
- d'un déambulateur OUI NON

Ne pas oublier de joindre à votre demande un certificat médical avec le plus de renseignements possible, où les différentes pathologies seront détaillées.

Merci de mettre le certificat sous enveloppe cachetée au nom du Docteur chargé de la Commission.

Fait à : Signature :

Date :