



No dossier : _____

Nom, prénom de l'utilisateur : _____

Date de naissance : _____ M F

N.A.M. : _____ Exp. : _____

Nom, prénom mère : _____

Installation :

- Jonquière Maria-Chapdelaine
 La Baie Lac-Saint-Jean-Est
 Chicoutimi Domaine-du-Roy

**DEMANDE DE SERVICES RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE AUDITIVE (DA)
OU AIDE DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION (ASA)**

DA et/ou ASA

INFORMATIONS PERSONNELLES

PRÉNOM ET NOM :	DATE DE NAISSANCE :
NOM DU PÈRE :	NOM DE LA MÈRE :
ADRESSE :	N° TÉL. : CELL. :
AUTRE PERSONNE À CONTACTER :	N° TÉL. : CELL. :
N° D'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC :	EXPIRATION RAMQ :
LANGUE D'USAGE : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> LSQ <input type="checkbox"/> Autre :	
NOM DE LA PERSONNE À REJOINDRE POUR DONNER LE 1 ^{ER} RENDEZ-VOUS :	
<input type="checkbox"/> USAGER <input type="checkbox"/> AUTRE PERSONNE (précisez) : NOM :	LIEN :
N° TÉL. :	CELL. :

SECTION RÉSERVÉE DA	NATURE DE LA DEMANDE
	DATE DE LA DEMANDE :
	MOTIF DE RÉFÉRENCE :
	DIAGNOSTIC :

SECTION RÉSERVÉE ASA	DEMANDE DE SERVICES POUR DES AIDES DE SUPPLÉANCE À L'AUDITION (ASA)						AGENT PAYEUR	
		TÉLÉPHONE AMPLIFIÉ	TÉLÉSCRIPTEUR	INFRAROUGE OU MF POUR LA TV	CONTRÔLE ENVIRONNEMENT	RÉVEILLE-MATIN	AMPLIFICATEUR PERSONNEL	<input type="checkbox"/> RAMQ
								<input type="checkbox"/> Prothèse privée (besoin certificat ORL)
								<input type="checkbox"/> CNESST – N° dossier : _____
								<input type="checkbox"/> Processus ouverture CNESST
							<input type="checkbox"/> Ancien combattant – N° dossier : _____	
							<input type="checkbox"/> Croix bleue	
							<input type="checkbox"/> Autre : _____	
	Nouvelle attribution							Audioprothésiste : _____
	Vérification et renouvellement au besoin							Localisation (ville) : _____
	Réinstallation / déménagement							Particularité : _____
	Entraînement							_____

RÉFÉRENT	
NOM DU RÉFÉRENT :	TITRE D'EMPLOI :
ÉTABLISSEMENT :	N° TÉLÉPHONE :
ADRESSE COURRIEL :	
EST-CE QUE L'USAGER EST INFORMÉ ET EN ACCORD AVEC VOTRE RÉFÉRENCE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
SIGNATURE :	DATE :

Veuillez faxer la demande au **418 695-7082**