

Demande au Programme de prêt pour technologie d'assistance

1) RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR:

Nom du Demandeur: _____ No. d'Assurance-maladie: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code postal: _____

No. De Tél: Résidence: _____ Cellulaire: _____ E-mail: _____

Date de naissance: ____/____/____ Proche: _____ Relation: _____
Jour/Mois/Année

Ses Coordonnés: Tél: _____ Cellulaire: _____ Courriel: _____

Veillez indiquer le(s) handicap(s) [/incapacité(s)] du Demandeur:

- Ouïe Vision Discours Mobilité
 Intellectuel Apprendre Santé mentale Autre (précisez) _____

Le Demandeur travaille-t-il avec ou reçoit-il de l'aide d'une organisation qui dessert les personnes handicapées telle que: *Capacité NB, la Société Neil Squire, INCA, les Sourds et malentendants du NB, l'Association du NB pour l'intégration communautaire, la SLA, l'Association de la dystrophie musculaire, or d'une autre agence?*

_____ Oui _____ Non

Veillez fournir des détails: _____

Le Demandeur a-t-il accès à un plan de soins de santé pouvant aider à couvrir les coûts? _____ Oui _____ Non

Renseignements sur le plan: _____

Les coûts de sourçage, d'acquisition, de remise en état et d'expédition de la technologie d'assistance sont considérables. Les Demandeurs seront priés de contribuer aux coûts de leur prêt.

Je peux payer \$ _____ aux Timbres de Pâques du NB pour aider avec le coût de mon prêt.

CONSENTEMENT DU DEMANDEUR:

Moi, _____, le Demandeur, je donne mon autorisation pour partager mes données personnelles avec une autre agence et uniquement en ce qui concerne le traitement de ma demande.

Signature du Demandeur: _____ Date: _____

2) INSTRUCTIONS D'EXPÉDITION:

VEUILLEZ NOTER: LES TPNB EXPÉDIENT UNIQUEMENT AUX ADRESSES MUNICIPALES – ET NON AUX CASES POSTALES.

Expédier à: Nom: _____ No. de Téléphone: _____

Adresse municipale (Rue): _____ Ville _____ Code postal: _____

3) RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES: Type de prêt:

- Provisoire (2 mois ou moins) À long terme