

Tel: 506-458-8739 Fax: 506-457-2863

E-mail: ATLoans-pretTA@easterseals.nb.ca

Web: www.easterseals.nb.ca

65, rue Brunswick Street, Fredericton, N-B., E3B 1G5

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: ____ Veuillez 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 Veuillez 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 <u>Demandeurs seront priés de contribuer aux coûts de leur prêt.</u> Je peux payer \$ _____ aux Timbres de Pâques du NB pour aider avec le coût de mon prêt. CONSENTEMENT DU DEMANDEUR: ______, 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. 2) INSTRUCTIONS D'EXPÉDITION: VEUILLEZ NOTER: LES TPNB EXPÉDIENT UNIOUEMENT AUX ADRESSES MUNICIPALES – ET NON AUX **CASES POSTALES.** Expédier à: Nom: ______ No. de Téléphone: ______ Adresse municipale (Rue): ______ Ville _____ Code postal: _____ 3) RECOMMENDATIONS PROFESSIONNELLES: Type de prêt: □ Provisoire (2 mois ou moins) □ À long terme