|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\valmar01\Desktop\CISSS_Lanaudiere_mm2c.jpg**GUICHET D’ACCÈS CENTRALISÉ****DI-TSA-DP****DÉFICIENCE AUDITIVE****CLIENTÈLE LSQ** |  |

**Retourner le formulaire au Guichet d’accès DI-TSA-DP**

Par la poste : 1180, boul. Manseau, Joliette (Québec) J6E 3G8

Par télécopieur : 450 756-2898

Par courriel : guichet.ditsadp.cissslan@ssss.gouv.qc.ca

Pour information : 1-877-322-2898

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE** |
| **NOM :**       | **PRÉNOM :**       |
| **Date de naissance :**            | **Sexe : F** [ ]  **M** [ ]  |
| **Numéro d’assurance-maladie :** | **Expiration :**  |
| **Adresse :** |       | **No. d’appartement :**       |
|  | Ville :       | Code postal :       |
| **Téléphone :** | Rés. :       | Cell :       | Travail :       Poste :       |
| **Courriel :** |       |
| **Sourd :** | OUI[ ] NON[ ]  |
| **Mode de communication** **:** LSQ [ ]  ASL [ ]  Français [ ]  Autre langue [ ]  Précisez :       |
| **Motif de la demande :**  | Communication [ ]  Aide psychologique [ ]  Travail [ ]  Famille [ ]  Nouvelle aide technique [ ]  Audiogramme [ ]  |
| **Autres/Précision :** |       |
| **Par quel moyen je préfère être rejoint :** | SRB (Service relais Bell) [ ]  FAX  [ ]  Courriel [ ] Téléphone [ ]  Texto [ ]  |
|  |
| **Signature :** |       | Date :       |

* Transmettre des copies de tous les documents pouvant être utiles même si moins récents

Ex. : audiogramme, certificat ORL, rapports

DSC//ServSpec/Sécurité/ConseillerClinique/AEO/administratif/formulaires/Déficience auditive-Clientèle LSQ-2021-03