

Demande d'évaluation
Fiducie de Laval
Programme de chaussures orthétiques
Hôpital juif de réadaptation

Adressographe

Obligatoire : Joindre le formulaire de référence au service des aides techniques (SAT) à cette demande
ET la prescription médicale d'un spécialiste.

Identification de l'utilisateur

Nom :

Prénom :

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration :

Diagnostic et conditions associées :

Demande émise par :

Usager

Référent

Type de demande :

Demande d'attribution initiale

Demande de renouvellement

L'utilisateur est bénéficiaire d'un des programmes mentionnés ci-dessous :

CNESST, SAAQ, gouvernement fédéral

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Assurances privées

Autre :

Identification du besoin d'appareillage :

Signature de l'utilisateur :

Date :

ou

Signature du référent :

Date :

Transmettre cette demande au service des aides techniques (SAT) par télécopieur ou par courriel

- Télécopieur : 450 688-5187
- Courriel : sat_admission_hjr@sss.gouv.qc.ca
- Questions : 450 688-5728, option 1, poste 84225