|  |  |
| --- | --- |
| 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](mailto: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 :** | OUINON | | | | | | | | |
| **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