

Demande d'admission pour le service D'une Oreille à l'Autre

Le sondage prendra environ 7 minutes.

Le service D'une oreille à l'autre est un programme visant à offrir un appui aux personnes qui ne sont pas couvertes par une assurance publique ou privée et qui n'ont pas les moyens financiers de se procurer un ou des appareils auditifs.

Afin de pouvoir offrir ce service gratuitement, l'APDA récupère, nettoie et reconditionne les appareils auditifs et les aides de suppléance à l'audition et les redistribue aux personnes admises au programme. Les services d'ajustements sont offerts gratuitement par nos partenaires audioprothésistes bénévoles.

L'association s'engage à respecter le volet confidentiel de vos données et de les conserver dans un endroit sécuritaire. Veuillez noter qu'il n'y a aucune garantie sur les appareils auditifs recyclés ainsi que les appareils de suppléance qui vous auront été remis gratuitement.

Admissibilité

Avant de remplir le formulaire, assurez-vous de répondre aux CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

- Être membre de l'association*, la cotisation est de 10\$ pour les personnes à faible revenu ;
- Avoir un diagnostic d'un trouble auditif nécessitant un appareillage ;
- Avoir un revenu de moins de 25 000\$ par année après impôts pour les personnes vivant seule ou un revenu de moins de 36 000\$ par année après impôts pour les personnes vivant à deux ;
- Avoir passé un test d'audiologie il y a moins d'un an.
- Habiter dans la région de la Capitale Nationale ou dans la ville de Lévis

* Si vous n'êtes pas membre de l'APDA, vous devez d'abord remplir ce formulaire :

<https://forms.office.com/r/gZ6LQcd2xu>

Renseignements personnels

Prénom : _____ Nom: _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Informations concernant la santé auditive

Nom complet de votre médecin ORL : _____

Nom complet de votre audiologiste : _____

Nom complet de votre audioprothésiste : _____

Nom complet de votre intervenant(e) social : _____

Modèle de votre appareil auditif : _____

Avez-vous besoin d'appareils de suppléances additionnels? (Alarme d'incendie clignotante, téléphone amplifié, système de transmission de son pour la télévision, réveille-matin adaptée, etc.)

Documents additionnels

Prénom : _____ Nom: _____

Afin de pouvoir valider votre admissibilité au programme, nous avons besoin de pouvoir vérifier certaines informations. Vous devez donc nous fournir une copie de votre avis de cotisation le plus récent et une copie de votre rapport audiologique le plus récent. Vous pouvez nous faire parvenir ces documents par courriel à l'adresse suivante : audition@apda.ca

Ou nous les faire parvenir par la poste à notre adresse :

APDA 7755, 1ère Avenue
Québec, Qc, Canada
G1H 2Y1

Avis de cotisation :

Envoyé par courriel à audition@apda.ca

Envoyé par courrier postal

Rapport audiologique :

Envoyé par courriel à audition@apda.ca

Envoyé par courrier postal

J'ai rempli le formulaire pour devenir membre de l'association et j'ai payé ma cotisation de 10\$ (ou ferai parvenir mon chèque par courrier postal) :

Oui

Non

En apposant mon nom complet à la fin de ce formulaire, je déclare que les renseignements fournis sont véritables et que j'ai lu et accepté la décharge de responsabilité.

Signature : _____