



# 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.

\* Obligatoire

## 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 22 000\$ par année après impôts pour les personnes vivant seule ou un revenu de moins de 30 000\$ par année après impôts pour les personnes vivant à deux;
- Avoir passé un test d'audiologie il y a moins de deux ans.

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

[https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?](https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=oyooX_2GckynUzZnYZMpagpIE2OtAl1liCGZzkrb9F9UNzY4UzVZVTdCV0Q5Wk43S0ZPWTJESkVCTi4u)

[id=oyooX\\_2GckynUzZnYZMpagpIE2OtAl1liCGZzkrb9F9UNzY4UzVZVTdCV0Q5Wk43S0ZPWTJESkVCTi4u](https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=oyooX_2GckynUzZnYZMpagpIE2OtAl1liCGZzkrb9F9UNzY4UzVZVTdCV0Q5Wk43S0ZPWTJESkVCTi4u)

[.\(https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?](https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=oyooX_2GckynUzZnYZMpagpIE2OtAl1liCGZzkrb9F9UNzY4UzVZVTdCV0Q5Wk43S0ZPWTJESkVCTi4u)

[id=oyooX\\_2GckynUzZnYZMpagpIE2OtAl1liCGZzkrb9F9UNzY4UzVZVTdCV0Q5Wk43S0ZPWTJESkVCTi4u\).](https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=oyooX_2GckynUzZnYZMpagpIE2OtAl1liCGZzkrb9F9UNzY4UzVZVTdCV0Q5Wk43S0ZPWTJESkVCTi4u)

1. J'ai lu les critères d'admissibilité et pense pouvoir y répondre

Oui

## Renseignements personnels

2. Votre nom complet \*

3. Votre date de naissance \*



Format : mm/jj/aaaa

4. Votre numéro d'assurance maladie \*

*Votre numéro d'assurance maladie est celui qui se trouve sur votre carte d'assurance maladie, il est composé de 4 lettres et 8 chiffres. Attention de ne pas confondre avec le numéro d'assurance sociale composé de 9 chiffres.*

5. Votre adresse complète \*

6. Votre numéro de téléphone \*

7. Votre adresse courriel

## Informations concernant la santé auditive

Les informations concernant la santé auditive nous permettront de pouvoir évaluer quels sont les services que nous pourrions vous offrir afin de bien répondre à vos besoins auditifs.

8. Nom complet de votre médecin ORL

9. Nom complet de votre audiologiste

10. Nom complet de votre audioprothésiste

11. Nom complet de votre intervenant-e social, s'il y a lieu

12. Modèle de votre appareil auditif, s'il y a lieu

13. Besoin d'appareils de suppléances additionnels (alarme d'incendie clignotante, téléphone amplifié, système de transmission de son pour la télévision, réveille-matin adapté, etc.)

Oui

Non

14. Si vous avez répondu oui à la question précédente, veuillez-nous indiquer quel type d'appareil de suppléance à l'audition vous avez besoin

## Documents additionnels

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](mailto:audition@apda.ca) (<mailto:audition@apda.ca>).

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

APDA

7755, 1ère Avenue

Québec, Qc, Canada

G1H 2Y1

### 15. Avis de cotisation \*

- Envoyé par courriel à [audition@apda.ca](mailto:audition@apda.ca) (<mailto:audition@apda.ca>).
- Envoyé par courrier postal

### 16. Rapport audiologique \*

- Envoyé par courriel à [audition@apda.ca](mailto:audition@apda.ca) (<mailto:audition@apda.ca>).
- Envoyé par courrier postal

### 17. 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

## Décharge de responsabilité et déclaration d'authenticité

Je déclare dégager de toutes responsabilités l'Association des personnes avec une déficience de l'audition (APDA) ainsi que toutes les personnes œuvrant pour l'organisme concernant les appareils remis. Je reconnais qu'il n'y a aucune garantie sur les prothèses auditives recyclées et sur les appareils de suppléance à l'audition que l'on m'a donné.

Il est de ma seule responsabilité de veiller sur mes appareils et je ne pourrai tenir l'organisme responsable en cas de bris ou de vol de mes appareils.

18. 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. \*

---

Ce contenu n'a pas été créé ni n'est approuvé par Microsoft. Les données que vous soumettez sont envoyées au propriétaire du formulaire.

 Microsoft Forms