



Vainqueur

Vainqueur adulte

Adulte amputé

## Formulaire d'évaluation

**Nom et adresse du centre prothétique**

Tél.:                      Poste :              Téléc.:

**Nom et adresse du client ou de la cliente**

Tél.:

**Travail pour prothèse :**     Standard                       Récréative                       Préparatoire                       Définitive  
Niveau d'amputation (BK, TT, AE ou TH) :     Gauche \_\_\_\_\_                       Droite \_\_\_\_\_                       Bilatérale \_\_\_\_\_

Préciser le travail à faire :     Prothèse                       Composants                       Réparations  
 Accessoires                       Autres (*spécifiez*) \_\_\_\_\_

**Décrire tous les composants et procédures et leurs coûts** (ou joindre une liste à ce formulaire rempli)

Quantité	Détails	Coût unitaire	Couverture provinciale	Part du client	Coût total

**Les composants devraient être réutilisés chaque fois que possible.**

Coût total de l'estimé : \_\_\_\_\_ \$

Couverture provinciale disponible (joindre la documentation) : \_\_\_\_\_ \$

Assurance personnelle ou  Autre source de financement (joindre la documentation) : \_\_\_\_\_ \$

Part du client (portion restante avant la contribution des Amputés de guerre) : \_\_\_\_\_ \$

Montant demandé aux Amputés de guerre : \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_  
Signature autorisée du centre prothétique                      Date

- Veuillez faire parvenir cette demande à l'Association des Amputés de guerre et en conserver une copie pour vos dossiers.
- Une copie de cette demande signée par Les Amputés de guerre vous sera retournée pour vous indiquer le montant accordé. *Les fonds accordés resteront disponibles durant un maximum de six mois.*
- **Veuillez noter : Une fois le travail complété, le centre prothétique est prié de joindre à sa facture le formulaire « Autorisation de paiement » signé par le client, dans lequel celui-ci déclare être satisfait du résultat.**

**Section réservée aux Amputés de guerre**

Montant autorisé par Les Amputés de guerre : \_\_\_\_\_ \$

\_\_\_\_\_  
Signature autorisée                      Date

Veuillez envoyer ce formulaire rempli à l'adresse suivante : **2827, promenade Riverside, Ottawa (Ontario) K1V 0C4**

<p><b>Centre d'information pour les personnes amputées</b>  <b>Téléphone :</b> 613 731-3821  <b>Télécopieur :</b> 613 731-3234  cipa@amputesdeguerre.ca</p>	<p><b>Programme LES VAINQUEURS</b>  <b>Téléphone :</b> 613 731-3821  <b>Télécopieur :</b> 613 731-4092  vainqueurs@amputesdeguerre.ca</p>
---	---