



we integrate. active.

Demande de suivi

→ Veuillez remettre ce formulaire à l'Active Communication

Moyen auxiliaire pour

Communication OMAI 15.02

Contrôle de l'environnement OMAI 15.05

Moyens auxiliaires servant au lieu de travail, à la scolarisation ou à la formation OMAI 13.01

Prestataire souhaité

Active Communication AG, Sumpfstrasse 28, CH-6312 Steinhausen

Personne assurée

féminin

masculin

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

NPA, Localité _____

Numéro d'assuré-e _____

Date de naissance _____

Téléphone _____

E-mail _____

s'abonner à la newsletter

Personne de contact pour des renseignements complémentaires

Nom _____

Prénom _____

Fonction _____

Adresse _____

NPA, Localité _____

Téléphone _____

E-mail _____



we integrate. active.

Demande détaillée

Pourquoi un suivi est-il nécessaire ?

Par exemple : Les capacités motrices et/ou cognitives ont-elles changé, et si oui, comment ?

Ne peut plus utiliser le moyen auxiliaire ? Des ajustements sont-ils nécessaires ? Si oui, lesquels ?

Une formation (utilisation quotidienne, programmation, etc.) est-elle nécessaire ?

La position du support du fauteuil roulant et/ou du support de la table du moyen auxiliaire doit-elle être ajustée ? Si oui, pourquoi ? Avez-vous d'autres remarques ?

Combien de rendez-vous souhaitez-vous demander ?

Nombre de rendez-vous sur place : _____ (généralement 2 h par rendez-vous sur place).

Signature

Signature de l'assuré-e ou des parents ou de la représentation juridique

Lieu et date

→ Veuillez remettre ce formulaire à l'Active Communication

Active Communication AG
Sumpfstrasse 28
CH-6312 Steinhausen
office@activecommunication.ch