



FORMULAIRE D'ÉVALUATION

Vainqueur

Vainqueur adulte

Adulte amputé

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 : _____