

<b>Nom et adresse du travailleur</b>	<b>Nom et adresse du fournisseur de services</b>
<b>Numéro de réclamation</b>	<b>Code du bénéficiaire du fournisseur de services</b>

**Date du rendez-vous ou de la visite du travailleur (JJ-MM-AAAA)**

**Le travailleur est-il encore au travail?**  Oui  Non

**APPAREILS AUDITIFS DE REMPLACEMENT**

**Raison du remplacement :** \_\_\_\_\_ **Date d'ajustement de l'appareil auditif actuel :** \_\_\_\_\_

Changement important de l'audition (envoyer l'audiogramme actuel)

Défectuosité ou mauvaise amplification de l'appareil auditif actuel

Combinaison d'un changement d'audition et d'une défectuosité / mauvaise amplification de l'appareil auditif actuel (envoyer les mesures auditives actuelles selon l'American National Standards Institute pour démontrer si les cibles peuvent être atteintes et imprimer les réglages de l'appareil auditif)

La réparation n'est plus rentable, car les appareils auditifs actuels ont plus de 4 ans (estimation du coût de réparation du fabricant : \_\_\_\_\_ \$)

Autre : \_\_\_\_\_

**Commentaires :**

**Appareils recommandés :**

**APPAREILS AUDITIFS – LISTE DES EXCEPTIONS CONCERNANT LES APPAREILS**

**Expliquer le besoin :**

**Appareils recommandés :**

**Le soussigné déclare que les services demandés ci-dessus ne sont pas dus à l'usage abusif ou à la négligence du travailleur.**

JJ-MM-AAAA	Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature
------------	----------------------------------	-----------

<p>Veillez joindre toute documentation connexe, comme les factures des fabricants, ou les rapports sur la réévaluation auditive ou l'évaluation auditive complète de diagnostic.</p> <p>Nombre total de pièces jointes : _____ Nombre total de pages jointes : _____</p>	<p>Remarques ou commentaires supplémentaires :</p>
<p>Signature du fournisseur de services</p>	<p>Date de soumission du formulaire : JJ-MM-AAAA</p>

Remarque : Si le travailleur demande de se faire rembourser de son kilométrage pour cette visite, Travail sécuritaire NB utilisera également ce formulaire aux fins de confirmation de la visite pour le remboursement.