

## FICHE 1er CONTACT EqLAAT

Merci d'envoyer cette demande à [diapasom.aria@fondation-ove.fr](mailto:diapasom.aria@fondation-ove.fr)

Date :

NOM D'USAGE :

Nom de Naissance :

Prénom :

Sexe : F  M

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Moyen de communication à privilégier :

Appel

SMS

Visio

Mail

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Coordonnées autre personne à contacter :

Qui vous a orienté vers nous :

Moi-même

MDPH

Médecin traitant

Proche aidant

EHPAD

Travailleur social

Autre

### DESCRIPTION DE LA DEMANDE

**Besoins identifiés et attentes particulières :** Degré de surdité et/ou de perte visuelle, appareillage, modes de communication et de compensation (LSF, oral, lecture labiale, contraste, taille de police...), difficultés rencontrées...

.....

.....

.....

.....

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à DIAPASOM