

Questionnaire pour demander de prise en charge par l'AI d'un ViTAB TM SIP-Vidéophone pour sourds pour mon poste professionnel

Demandeur

Nom, prénom: _____ sourd

Numéro AI: _____ grave handicap de l'ouïe

Rue: _____ grave handicap de la parole

NPA / localité: _____ un handicapé visuel

Date de naissance _____ Profession: _____

No. Téléphone: _____ No. Fax: _____

E-Mail: _____ No.tél. portable : _____

Je voudrais un **ViTAB TM mini / maxi Vidéophone** avec compte SipCall **free** (indicatif 032)

J'ai besoin d'un émetteur **AVISO Bee Uni-TM** avec un Flash pour voir les appels ViTAB

ou

J'ai besoin d'un émetteur **AVISO Bee Uni-TM** avec un **Flash** et un récepteur vibrant **AVISO Bee Vib** portable pour remarquer les appels ViTAB

J'ai besoin d'un clavier pour le ViTAB TM pour mieux écrire

Ceci serait mon **premier moyen de communication pour mon poste professionnel**

ou

Je possède déjà un appareil communication pour mon poste professionnel, marque _____ qui a été payé par l'AI le _____ (date de la décision) a remplacer

• La demande doit être justifiée valablement et de façon complète et

→ **un certificat de l'employeur devrait y être joint.**

Prière de retourner ce questionnaire à

Lieu, date: _____

Signature: _____



Hömelstr. 17
CH-8636 Wald ZH
Telefon/Telescrit 055-246 28 88
Fax 055-246 49 49
Email: info@ghe.ch, www.ghe.ch