

Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF)
5700, rue Yonge, 7^e étage
Toronto ON M2M 4K5

Section 1 – Adresse

Nom de famille		Prénom		Initiale
Adresse				
Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue		
Lot/concession/route rurale		Ville/village	Province	Code postal
Numéro de téléphone au travail	Numéro de télécopieur	Courriel		

Section 2 – Détails

Catégorie d'appareil ou d'accessoire fonctionnel pour laquelle vous présentez une demande.

Veillez consulter l'annexe A sur le site Web du PAAF pour les professions admissibles pour le statut d'autorisateur pour chaque catégorie. Une demande distincte doit être présentée à l'égard de chaque catégorie. Les sous-catégories d'appareils peuvent être combinées en une demande d'enregistrement.

- Prothèse auditive à ancrage osseux
- Processeur vocal d'implant cochléaire
- Aides à la communication
- Prothèses classiques pour membres supérieurs et inférieurs
- Prothèses électriques et myoélectriques pour membres supérieurs
- Prothèses maxillo-faciales extra-buccales
- Prothèses maxillo-faciales intra-buccales
- Prothèses oculaires
- Orthèses
- Aides visuelles (de haute technologie)
- Aides visuelles (rudimentaires)

Appareils auditifs – sous-catégorie :

- Adultes
- Enfants

Aides à la mobilité – sous-catégories :

- Aides à la marche
- Tricycles électriques
- Fauteuils roulants (manuels) et accessoires de positionnement
- Fauteuils roulants (électriques) et accessoires de positionnement

Dispositif de modification de la tension – sous-catégories :

- Traitement des cicatrices hypertrophiques
- La gestion du lymphœdème

Si vous êtes une autorisatrice ou un autorisateur inscrit au PAAF, veuillez inscrire ici votre numéro d'inscription

Cochez votre profession

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anaplastologiste | <input type="checkbox"/> Instructrice ou instructeur de l'orientation et de la mobilité |
| <input type="checkbox"/> Audiologiste * | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute * |
| <input type="checkbox"/> Oculariste accrédité | <input type="checkbox"/> Prothésiste dentaire * |
| <input type="checkbox"/> Orthésiste accrédité | <input type="checkbox"/> Autorisatrice ou autorisateur se spécialisant dans les TVCF ou travaillant dans un centre d'évaluation régional |
| <input type="checkbox"/> Prothésiste accrédité | <input type="checkbox"/> Infirmière autorisée ou infirmier autorisé * |
| <input type="checkbox"/> Dentiste généraliste * | <input type="checkbox"/> Massothérapeute inscrit * |
| <input type="checkbox"/> Spécialiste en audioprothèses | <input type="checkbox"/> Prothésiste restaurateur |
| <input type="checkbox"/> Autorisateur d'Aides visuelles (haute technologie) | <input type="checkbox"/> Enseignante ou enseignant pour les aveugles spécialisé |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute * | <input type="checkbox"/> Orthophoniste * |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologiste * | <input type="checkbox"/> Enseignante ou enseignant en réadaptation visuelle |
| <input type="checkbox"/> Optométriste * | <input type="checkbox"/> Travailleuse ou travailleur en réadaptation visuelle |

*** Indiquer le numéro d'ordres de réglementation professionnel (le cas échéant) et année d'obtention.**

Le numéro d'ordres de réglementation professionnelle (le cas échéant)	Année d'obtention
---	-------------------

Section 3 – Expérience professionnelle

Veillez indiquer et décrire brièvement tout autre programme de formation régulier ou informel pertinent que vous avez suivi, tout autre atelier ou programme de formation suivi chez un fabricant, ou toute autre conférence à laquelle vous avez assisté au cours des cinq dernières années.

Décrivez votre expérience de la prescription, de l'évaluation en réadaptation ou de l'essai d'appareils ou d'accessoires fonctionnels de la catégorie pour laquelle vous demandez le statut d'autorisateur dans le cadre du PAAF.

Section 4 – Lieux d'emploi

Si dans la pratique privée, cette section doit également comprendre toutes les entreprises qui emploient actuellement les services de la requérante ou du requérant.

Lieu 1

Nom de l'employeur

Est-ce l'adresse postale que vous privilégiez?

Oui Non (renvoie par défaut à l'adresse fournie à la section 1)

Adresse

Numéro d'unité

Numéro municipal

Rue

Lot/concession/route rurale

Ville/village

Province

Code postal

Numéro de téléphone au travail

Numéro de télécopieur

Courriel

Lieu 2

Nom de l'employeur

Adresse

Numéro d'unité

Numéro municipal

Rue

Lot/concession/route rurale

Ville/village

Province

Code postal

Numéro de téléphone au travail

Numéro de télécopieur

Courriel

Lieu 3

Nom de l'employeur

Adresse

Numéro d'unité

Numéro municipal

Rue

Lot/concession/route rurale

Ville/village

Province

Code postal

Numéro de téléphone au travail

Numéro de télécopieur

Courriel

Se servir de l'annexe B pour ajouter d'autres lieux d'emploi.

Section 5 – Confirmation

À ma connaissance, les renseignements fournis ici sont véridiques, exacts et complets. Je comprends que je devrai signer l'Entente d'autorisateur dans le cadre du PAAF et en respecter les modalités, et observer le protocole du PAAF relatif aux conflits d'intérêt.

Signature

Date (aaaa/mm/jj)