|  |  |
| --- | --- |
| Prénom et nom de l’usager : |       |
| N.A.M. : |       |

**CONSENTEMENT DE PRÊT DES AIDES TECHNIQUES**

1. **Conditions du prêt**
* L’aide technique que vous avez obtenue du PARC (Parc accès régional centralisé des aides techniques) et ou du programme AVQ/AVD appartient au Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale et celui-ci est un **prêt**;
* Le CSSS fiduciaire n’est pas responsable de tout incident pouvant survenir lors de l’utilisation de l’aide technique prêtée. Cette dernière vous est dédiée.
1. **Engagements de l’usager**
* Je m’engage à retourner l’aide technique en bon état de fonctionnement et propre;
* Je m’engage **à ne pas modifier l’aide technique** afin qu’elle demeure conforme aux normes de sécurité du fabricant;
* Je m’engage à assurer les coûts de réparation ou de remplacement de l’aide technique en cas de vol, de perte, de négligence ou d’usage abusif;
* Je m’engage à entretenir régulièrement (maintenir en bon état) l’aide technique.
1. **Procédure à suivre : réparation, déménagement, retour d’équipement**

Afin de faciliter la gestion de ce programme, nous vous demandons de communiquer directement avec le personnel du centre intégré universitaire de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale, IRDPQ Hamel, fiduciaire du PARC régional des aides techniques, du lundi au vendredi entre 8 h et 16 h au numéro de téléphone **418 529-9141 poste 2744 ou 2749** ou celuisans frais **au 1 866-293-3905,** dans les situations suivantes :

* Lors d’un bris de l’aide technique;
* Lors d’un déménagement à l’intérieur ou à l’extérieur de la région de la Capitale-Nationale ou d’un changement de numéro de téléphone;
* Lorsque les aides techniques recommandées ne sont plus utilisées, afin que nous puissions procéder à la récupération.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de nos sentiments les meilleurs.

***Je reconnais avoir lu et compris ces clauses et m’engage à les respecter.***

Signature de l’usager/proche-aidantDate

Signature du représentant de l’établissement Date