



## Assistive Communication Clinic (ACC) Adult Service Referral Form

Clinique d'aides techniques à la communication  
Demande de service pour les adultes

**Name:** \_\_\_\_\_ **D.O.B.:** \_\_\_\_\_  
Nom DDN

**Telephone:** \_\_\_\_\_ **Contact Person and Telephone (if other than client):** \_\_\_\_\_  
Téléphone Personne Contact et Téléphone (si ce n'est pas le client):

**Address:** \_\_\_\_\_ **Health Card # :** \_\_\_\_\_  
Adresse Carte de santé

**Diagnosis:** \_\_\_\_\_ **Date of Onset/Injury:** \_\_\_\_\_  
Diagnostic Date d'apparition/de la blessure

**Purpose of Assessment:**

But de l'évaluation

- Writing Aid (need for adaptive equipment to handwrite or to access the mouse and/or keyboard of a computer to write)**

Aide à l'écriture (besoin d'aide technique pour écrire ou pour utiliser une souris et/ou un clavier d'ordinateur)

- Face to Face Communication (need for a communication device to help with being understood in face to face conversations or over the telephone)**

Communication face à face (besoin d'aide technique pour communiquer avec des partenaires ou au téléphone)

- Other** \_\_\_\_\_  
Autres

**Goals of Treatment:** \_\_\_\_\_  
Objectifs du traitement

**Name of Referring Physician / Nom du médecin:** \_\_\_\_\_

**Address of Physician / Adresse du médecin:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Signature of Physician / Signature du médecin** **Date**

**Please send to / Envoyez à :**

**Assistive Communication Clinic / Clinique d'aides techniques à la communication**  
**Health Sciences North / Horizon Santé-Nord**  
**CTC building / Edifice du CTE**  
**41, Chemin du lac Ramsey Lake Road Sudbury, (Ontario) P3E 5J1**  
Tel. 705-523-7100 ext. 3549/3550, Toll free / Sans frais 1-866-469-0822  
Fax. / Téléc. 705-523-7051