

**MOBILITY AND ADAPTIVE EQUIPMENT LOAN PROGRAM
MOBILITY AIDS ACCEPTANCE FORM**

Client: _____

Health Card number: _____

Make & model: _____

Serial Number: _____

This is to confirm that this equipment (including the mobility aid and any additional postural supports) ordered for the above-named client, has been received and it was supplied exactly as it was ordered*.

Therapist's Name : _____

Therapist's Signature : _____

Date: _____

*If the equipment has not been delivered according to the exact specification on the original order the therapist must **NOT** sign the form and should discuss with the supplier the mechanism to have all deficiencies corrected. This form **must only** be signed when the therapist has confirmed that ALL the equipment is complete and is able to be dispensed to the client.

**PROGRAMME DE PRET D'ÉQUIPEMENTS ADAPTÉ ET DE MOBILITÉ
FORMULAIRE D'ACCEPTATION D'AIDES A LA MOBILITÉ**

Client(e) : _____

Numéro de carte de santé : _____

Marque & Modèle : _____

Numéro de série : _____

Ceci est pour certifier que cet équipement (y compris l'aide à la mobilité et tout support postural supplémentaire) commandé pour le (la) client (e) susmentionné(e), a été reçu et qu'il a été fourni exactement comme demandé.

Nom du Thérapeute : _____

Signature du Thérapeute : _____

Date : _____

* Si l'équipement n'a pas été livré conformément aux spécifications exactes de la commande d'origine, le thérapeute ne doit **PAS** signer le formulaire et doit discuter avec le fournisseur du mécanisme pour corriger toutes les lacunes. Ce formulaire ne doit être signé que lorsque le thérapeute a confirmé que TOUT l'équipement est complet et peut être remis au client.