



CHARTRE

LES RDV SOLIDAIRES

Nom : _____

Prénom : _____

Je suis un(e) **Audioprothésiste Solidaire** et **Mécène** de l'association **AuditionSolidarité**,

Je m'engage pour une durée d'une année à compter de la signature de cette charte à :

- recevoir dans le cadre des RDV Solidaires des personnes démunies (sans couverture sociale ou bénéficiant de l'AME) malentendantes au sein de mon centre auditif ;
- ne pas recevoir dans le cadre des RDV Solidaires des personnes bénéficiant de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) ;
- sensibiliser mes collaborateurs au fait qu'ils puissent recevoir un appel codé « **RDV Solidaires** » et acter la demande de rdv ;
- orienter la personne démunie bénéficiant de l'AME vers une structure hospitalière (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) ou chez un ORL conventionné si elle se présente sans ordonnance ;
- orienter la personne démunie sans couverture sociale vers une structure hospitalière (Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou dispensaire) si elle se présente sans ordonnance ;
- appeler AuditionSolidarité dès qu'un 1^{er} rdv a été pris afin de recevoir la mallette solidaire comprenant un panel d'appareils auditifs (contours), des *dossiers patients* et des piles ;
- recevoir classiquement le patient, l'appareiller si besoin et lui confier son dossier ;
- proposer au patient un suivi d'appareillage (au moins 1/an) ;
- scanner le dossier patient après chaque rdv et le transmettre à AuditionSolidarité ;
- apposer l'autocollant « **CŒUR** » Audioprothésiste Solidaire fourni par AuditionSolidarité sur la porte d'entrée de mon centre auditif afin de m'identifier ;
- ne pas réaliser de publicité commerciale autour de ma participation aux RDV Solidaires et demander l'autorisation d'AuditionSolidarité avant toute communication et publication relative à l'opération des RDV Solidaires ;
- retourner la mallette solidaire et son contenu non utilisé à AuditionSolidarité à la cessation de ma participation à l'opération RDV Solidaires.



Je m'engage sur mes centres auditifs mécènes d'AuditionSolidarité suivants

(entité / adresse / nombre de personnes démunies pouvant être accueillies par an) :

| Entité du centre | Adresse postale du centre | Nombre de personnes démunies / an |
|------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| | | 5 / 10 / 15 / autre : _____ |
| | | 5 / 10 / 15 / autre : _____ |
| | | 5 / 10 / 15 / autre : _____ |
| | | 5 / 10 / 15 / autre : _____ |
| | | 5 / 10 / 15 / autre : _____ |
| | | 5 / 10 / 15 / autre : _____ |

Je peux également :

- facturer à AuditionSolidarité le coût de la fabrication des embouts (facture à envoyer à association@auditionsolidarite.org) en précisant le nom du patient appareillé ;
- proposer aux ORL de ma connaissance d'être également solidaires et de recevoir gratuitement en amont la personne démunie sans couverture sociale qui se présenterait sans ordonnance ;
- prendre en photo si cela est possible le patient appareillé en ma compagnie ; dans ce cas, signer les 2 droits à l'image joints ;
- envoyer la photo et les 2 droits à l'image signés sur : association@auditionsolidarite.org ;
- réapprovisionner au fur et à mesure ma mallette solidaire en appelant AuditionSolidarité au 05 58 35 42 32.

À l'issue de la période d'une année à compter de la signature, et à défaut de dénonciation par tout moyen un mois au moins avant la date prévue de son expiration, le présent engagement se renouvelle par tacite reconduction par périodes successives d'une année.

Fait à _____ le _____

Mention « lu et approuvé », signature et tampon.



MERCI!!!