



# CUPE ONTARIO CONVENTION CAESARS WINDSOR ACCESS REQUEST FORM

(Please fill out this form for each delegate)

Local No. \_\_\_\_\_

(Please print or type)  
**Name of Delegate:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

Postal Code

**Telephone: (home)** \_\_\_\_\_ **(office)** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Please check service(s) required** (All services will be provided by CUPE Ontario):

**Guide/Personal Assistance** I will provide my own  One is required

	<b>Hotel</b>	<b>Event</b>
ASL Interpretation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wheelchair / scooter access	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance at check in/Registration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance in case of evacuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Alternative Communication**

- French Translation
- Real Time Captioning
- Alternative Media
- Large Print (Font Size \_\_\_\_\_)

**I Need Materials in advance  
(in order to accommodate a disability)**

Electronically

**Serious allergy alert** (Please specify) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Will you require any other accommodations at the event?** (Please specify)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Will you require any other accommodation at the hotel (such as TTY, visual alarm, etc.)** (Please specify)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Other services?** (Please specify)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please complete and return by **April 30, 2012** to:  
CUPE Ontario Access Request  
305 Milner Ave., Suite 801  
Scarborough, Ontario M1B 3V4  
(416) 299-9739 or FAX: (416) 299-3480



# CONGRÈS DU SCFP-ONTARIO CAESARS WINDSOR FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX SERVICES

(Faire des copies de ce formulaire et le distribuer à chacun des délégués)

N° de section locale \_\_\_\_\_

(En lettres moulées)

**Nom du délégué :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

Code postal

**Téléphone : (maison)** \_\_\_\_\_

**(bureau)** \_\_\_\_\_

**Email :** \_\_\_\_\_

**Cocher le ou les services attendus :** (Tous les services seront fournis par SCFP-Ontario) :

## Guide/aide personnelle

Je fournirai mes propres

Un est exigé

Interprétation en langage des signes

Accès pour fauteuil roulant

Aide à l'inscription

Aide en cas d'évacuation

## Communication Alternative

Traduction française

Sous-titrage en temps réel

Média de remplacement

Gros caractères (Corps \_\_\_\_\_)

**J'ai besoin de matériaux à l'avance  
(afin d'adapter à une incapacité)**

Format électronique

**Allergies importantes (Spécifiez)**

---

---

---

**Aurez-vous besoin d'autres aménagements ?**

---

---

---

**Si vous désirez obtenir d'autres services, inscrivez-le ici**

---

---

---

Compléter et retourner ce formulaire avant le **30 avril 2012** à :  
Demande d'accès du SCFP-Ontario  
305, Ave. Milner, Bureau 801  
Scarborough, Ontario M1B 3V4  
(416) 299-9739 ou Télécopieur : (416) 299-3480