

Formulaire de demande de services d'accessibilité de sans nom^{MD} mobile

Chez sans nom^{MD} mobile, nous travaillons fort pour rendre nos services plus accessibles. Des informations détaillées sur les produits et services d'accessibilité sont disponibles sur sansnommobile.ca/accessibilite.

Pour vous inscrire comme personne ayant un besoin d'accessibilité :

1. Remplissez la **section 1** et la **section 3** du formulaire.
2. Demandez à un professionnel de la santé autorisé ou au représentant d'un organisme qui peut attester de votre besoin d'accessibilité de remplir la **section 2** du formulaire ci-dessous.
3. Soumettez toutes les pages du présent document au Centre de services d'accessibilité (CSA), en suivant les instructions au bas du présent document.

Lorsque votre formulaire aura été traité, nous communiquerons avec vous pour confirmer votre inscription et vous informer des services auxquels vous êtes admissible. sans nom^{MD} mobile se réserve le droit de déterminer l'admissibilité aux rabais et/ou aux services d'accessibilité dès la réception du présent formulaire de demande.

Section 1 : Renseignements concernant le demandeur

Veillez noter que le demandeur doit être le titulaire du compte ou un utilisateur autorisé.

Nom du demandeur : _____

Adresse courriel : _____

Adresse municipale : _____

Province : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

Dans le cadre de votre intégration au Centre de services d'accessibilité (CSA), vous aurez accès gratuitement à l'assistance-annuaire 411 (si vous êtes âgé de plus de 65 ans, vous n'êtes pas tenu de remplir ce formulaire pour bénéficier de l'exemption d'assistance-annuaire 411). Les clients admissibles recevront les données supplémentaires dès que l'offre sera appliquée; les offres sont appliquées dans un délai de deux mois à compter de la date d'envoi de la demande dûment remplie. La prime totale est appliquée, quelle que soit la date de la demande au cours d'un cycle de forfait mensuel.

Remarque : La vérification n'exige pas la divulgation d'un diagnostic spécifique; seule la confirmation d'un handicap est requise. Le consentement à la collecte, à la conservation et à l'utilisation de vos renseignements personnels doit être fourni (voir ci-dessous). Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le Centre de services d'accessibilité (CSA).

Section 2 : Professionnel de la santé autorisé ou représentant de l'organisme

Cette section s'adresse aux professionnels de la santé ou aux représentants d'organismes qui peuvent attester de la situation de handicap d'une personne. Veuillez remplir cette section en fonction de votre champ de pratique et de votre connaissance du patient/client. Une fois que vous aurez complété cette section, veuillez la remettre au patient/client.

Situation de handicap

Je confirme que (nom du patient/client) _____ a un handicap en raison d'une condition diagnostiquée.

Le handicap de cette personne est (cochez une case) :

Permanent Temporaire

Si vous avez sélectionné l'option temporaire ci-dessus, indiquez la durée prévue de l'invalidité temporaire.

[sans nom^{MD} mobile se réserve le droit d'annuler les crédits d'accessibilité au(x) compte(s) d'un client lorsque ce dernier n'est plus affecté par sa situation de handicap.]

Renseignements sur le bureau du professionnel de la santé autorisé ou du représentant de l'organisme :

Date à laquelle le professionnel de la santé de l'organisme a rempli le formulaire (jj/mm/aaaa) :

Nom du professionnel ou du représentant de l'organisme (en caractères d'imprimerie) :

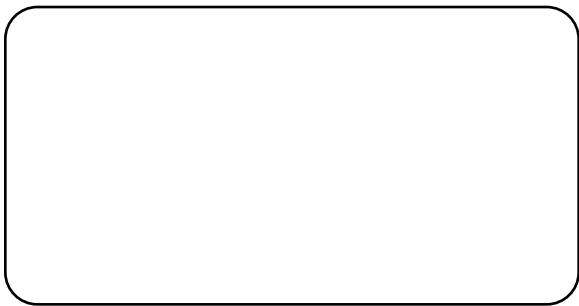
Signature du professionnel ou du représentant de l'organisme : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse et numéro de téléphone au bureau : _____

Numéro de licence du professionnel (le cas échéant) : _____

Sceau du bureau, le cas échéant :



Section 3 : Consentement et autorisation (client)

Consentement à la divulgation de l'information :

Je (nom en lettres moulées ou en caractères d'imprimerie) : _____
autorise par la présente le groupe d'entreprises BCE à recueillir, utiliser, divulguer et conserver les renseignements contenus dans le présent formulaire, ou les renseignements communiqués par un autre moyen (par exemple, par téléphone, par courriel ou par voie électronique, par téléimprimeur, par SRV, par relais IP) afin de déterminer mon admissibilité aux forfaits et aux rabais d'accessibilité et de mieux me servir, conformément à la Politique de sans nom^{MD} mobile sur la protection de la vie privée, à l'adresse sansnommobile.ca/confidentialite.

Je (nom en lettres moulées ou en caractères d'imprimerie) : _____
certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts, et autorise mon (mes) professionnel(s) de la santé ou le représentant de l'organisme à fournir ces renseignements à BCE afin de déterminer mon admissibilité aux forfaits et aux rabais d'accessibilité et de mieux me servir, conformément à la Politique de sans nom^{MD} mobile sur la protection de la vie privée, à l'adresse sansnommobile.ca/confidentialite.

Signature : _____

Comment soumettre le formulaire :

Le formulaire dûment rempli doit être soumis au Centre de services d'accessibilité de sans nom^{MD} mobile en procédant de l'une des manières suivantes :

1. **Par courriel** : accessible@sansnommobile.ca

2. **Par la poste** :

Centre de services d'accessibilité
Boîte postale 8787
Montréal, Québec H3C 4R5

Si vous n'avez pas été contacté par nous dans les **sept jours ouvrables**, veuillez nous envoyer un courriel ou nous appeler au :

Courriel: accessible@sansnommobile.ca

Téléphone: 1 800 268-9243

Téléimprimeur: 1 800 268-9242