



## Formulaire de demande de services d'accessibilité de Bell

Chez Bell, nous nous engageons à rendre nos services plus accessibles et nous avons introduit des produits et des services améliorés qui sont adaptés aux besoins de notre clientèle. Notre Centre de services d'accessibilité (CSA) aide les personnes ayant certains besoins en matière d'accessibilité à tirer le meilleur parti de leurs services Bell.

### 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. Bell 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

Veuillez 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), les éléments suivants seront ajoutés à votre compte, le cas échéant.

- Crédit d'accessibilité pour les services de téléphonie résidentielle et certains forfaits mobiles grand public. Vous trouverez plus de détails sur les crédits et les rabais pour les services d'accessibilité en ligne à l'adresse [bell.ca/accessibilite](http://bell.ca/accessibilite).
- Crédit pour le service d'annuaire 411 pour les services de téléphonie mobile et/ou résidentielle – appels gratuits au 411 (si vous avez plus de 65 ans, vous n'êtes pas tenu de remplir ce formulaire pour bénéficier de l'exemption de l'assistance-annuaire 411).

**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.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

[Bell 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) :

\_\_\_\_\_

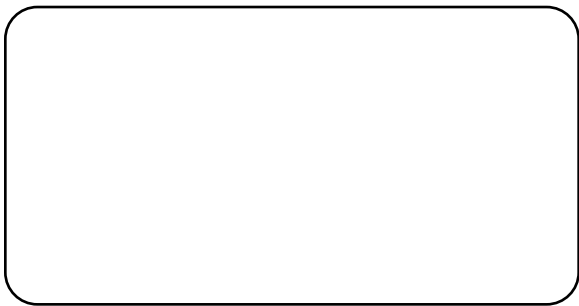
Signature du professionnel ou du représentant de l'organisme : \_\_\_\_\_

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 Bell sur la protection de la vie privée, à l'adresse [bell.ca/confidentialite](http://bell.ca/confidentialite).

Je (nom en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_  
certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts, et donne la permission à mon ou mes professionnel(s) de la santé ou à mon représentant de l'organisme de 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 Bell sur la protection de la vie privée ici – [bell.ca/confidentialite](http://bell.ca/confidentialite).

Signature : \_\_\_\_\_

#### Comment soumettre le formulaire :

Le formulaire dûment rempli doit être soumis au Centre de services d'accessibilité de Bell en procédant de l'une des manières suivantes :

1. **Par courriel** : [accessible@bell.ca](mailto:accessible@bell.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@bell.ca](mailto:accessible@bell.ca)

**Téléphone:** 1 800 268-9243

**Téléimprimeur:** 1 800 268-9242