



# Formulaire d'accessibilité pour les services mobiles

Veuillez écrire en lettres moulées.

## Coordonnées du client à faire remplir par le client ou par un agent TELUS

Nom		Prénom	
Adresse		Ville	
Province	Code postal	Numéro de téléphone mobile	
Autres numéros de téléphone			

## Exemption ou rabais (cochez la case appropriée)

<input type="checkbox"/> Exemption des frais d'assistance-annuaire en raison d'une <b>mobilité réduite</b>	Numéro de dossier à l'INCA (s'il y a lieu)
<input type="checkbox"/> Exemption des frais d'assistance-annuaire en raison d'une <b>déficience visuelle</b>	
<input type="checkbox"/> Exemption des frais d'assistance-annuaire en raison d'une <b>incapacité auditive ou d'un trouble de la parole</b>	

## Format de facturation pour personne présentant une déficience visuelle

(cochez une seule case)

Veuillez m'envoyer les factures et les notices TELUS dans le format suivant.

Braille       Gros caractères

**Remarque :** TELUS enverra les factures dans le format indiqué ci-dessus dans les deux mois suivant la réception de ce formulaire dûment rempli.

## Instructions spéciales

---

---

---

---

## Consentement et décharge

Le client soussigné consent par la présente que TELUS divulgue à un fournisseur de service tiers les renseignements de facturation liés au(x) numéro(s) de téléphone indiqué(s) ci-dessous, à des fins de production de facture dans un format différent. Le client soussigné a demandé à TELUS de transmettre ses données de facturation par Internet et comprend que TELUS ne peut être tenue responsable des données divulguées, perdues ou endommagées dans le cadre de ce mode de transmission.

Numéro(s) de téléphone mobile(s) : \_\_\_\_\_ Signature du client : \_\_\_\_\_

## À faire remplir par un médecin ou un intervenant autorisé de l'organisme du demandeur

Nom et prénom du médecin ou de l'intervenant autorisé		Titre
Nom de l'organisme		Numéro de téléphone
Adresse		
Ville	Province	Code postal

### Raison(s) de la demande

---

---

---

---

J'atteste par la présente que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin ou de l'intervenant autorisé

**Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à TELUS par la poste ou par télécopieur.:**

**Société TELUS Communications**

Soutien aux Services aux clients (CART)

4519, Canada Way, 3e étage

Burnaby (Colombie-Britannique) V5G 4S4

Télécopieur : **1-800-299-3995**