



Plainte à l'Ombudsman

N.B. : NONOBTANT NOTRE ENGAGEMENT À PROTÉGER LA CONFIDENTIALITÉ DE VOS INFORMATIONS PERSONNELLES, VOUS AUTORISEZ, PAR LA PRÉSENTE PLAINTÉ, L'OMBUDSMAN DE MONTRÉAL, AINSI QUE SES REPRÉSENTANTS ET EMPLOYÉS, À OBTENIR ET À UTILISER TOUTE INFORMATION PERSONNELLE VOUS CONCERNANT, ET À DIVULGUER TOUTE TELLE INFORMATION AUX PERSONNES À QUI ILS ESTIMENT NÉCESSAIRE DE LES COMMUNIQUER, DANS LA MESURE REQUISE POUR TRAITER VOTRE PLAINTÉ.

À LA FIN DE NOTRE INTERVENTION, UNE DÉCISION ET/OU RECOMMANDATION MOTIVÉE VOUS SERA COMMUNIQUÉE PAR ÉCRIT ET UNE COPIE SERA ÉGALEMENT TRANSMISE AU DIRECTEUR DU SERVICE OU DE L'ARRONDISSEMENT CONCERNÉ ET AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA VILLE DE MONTRÉAL.

1. COORDONNÉES DU PLAIGNANT (CES INFORMATIONS SONT OBLIGATOIRES)

NOM: _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____

VILLE: _____ PROVINCE: _____ CODE POSTAL: _____

TÉLÉPHONE: RÉSIDENCE: _____ AUTRE: _____

TÉLÉCOPIEUR: _____ COURRIEL: _____

N.B. : Si votre demande concerne d'autres personnes, il est important de nous soumettre également les noms, numéros de téléphone et adresses de chacune de ces personnes.

2. NATURE DU PROBLÈME

3. ARRONDISSEMENT OU SERVICE VISÉ

4. NUMÉRO DE DOSSIER DANS CET ARRONDISSEMENT OU CE SERVICE (si applicable)

5. POUR QUELLE(S) RAISON(S) CROYEZ-VOUS QUE VOUS N'AVEZ PAS ÉTÉ TRAITÉ CORRECTEMENT OU QUE VOS DROITS N'ONT PAS ÉTÉ RESPECTÉS.

6. PRÉCISEZ TOUTES LES DÉMARCHES QUE VOUS AVEZ ENTREPRISES À CE JOUR POUR TENTER DE RÉSOUDRE CE PROBLÈME.

7. NOMMEZ LES REPRÉSENTANTS DE LA VILLE DE MONTRÉAL AVEC LESQUELS VOUS AVEZ TRAITÉ DE CE DOSSIER (PRÉCISEZ LEUR FONCTION, LEUR NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET LEUR ADRESSE, si vous la connaissez). VEUILLEZ CONFIRMER TOUTE DÉMARCHE AUPRÈS DU BUREAU DU MAIRE OU DE VOTRE CONSEILLER MUNICIPAL.

8. JOIGNEZ UNE COPIE ET FAITES LA LISTE CI-DESSOUS DE TOUTE LA CORRESPONDANCE ET DE TOUTS LES DOCUMENTS PERTINENTS.

9. QUE RECHERCHEZ-VOUS PAR VOTRE PRÉSENTE PLAINTÉ À L'OMBUDSMAN DE MONTRÉAL ?

SIGNATURE: _____ DATE: _____

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES REQUISES À DES FINS STATISTIQUES UNIQUEMENT (facultatif)

Groupe d'âge: moins de 18 ans 18-25 26-40 41-50 51-64 65 ou plus

Êtes-vous membre de l'un ou l'autre de ces groupes ?

Femme Oui Non Autochtone du Canada* Oui Non

De quelle origine ethnique** êtes-vous? Canadienne Autre

Si autre, précisez _____

Faites-vous partie d'une minorité visible*** Oui Non

Si oui, laquelle _____

Comment connaissez-vous l'existence du recours à l'OMBUDSMAN DE MONTRÉAL : _____

J'atteste avoir pris connaissance des renseignements contenus dans la section *Sécurité et confidentialité* et j'accepte d'envoyer les données contenues dans ce formulaire par voie électronique.

J'accepte

IMPRIMER

ENVOYER

* **Autochtone du Canada**: inclut les Amérindiens, les Inuits ou les Métis du Canada uniquement.

** **Origine ethnique**: personne, autre qu'un autochtone du Canada, dont le pays d'origine, ou celui de ses parents, n'est pas le Canada. À titre d'exemple: personne de descendance ou originaire du Chili, de Grèce, d'Italie, de Haïti, de Chine, du Vietnam, du Maroc, etc.

*** **Minorité visible**: personne, autre qu'un autochtone du Canada, qui n'est pas de race ou de couleur blanche. À titre d'exemple: personne de race noire, asiatique, sud-américaine, arabe, etc.

Vous pouvez soumettre votre plainte par la poste, par télécopieur, par courriel ou en personne, à nos bureaux. N'oubliez pas de joindre tous les documents pertinents.

OMBUDSMAN DE MONTRÉAL
275, rue Notre-Dame Est, bureau R-100, Montréal (Québec) H2Y 1C6
Téléphone: 514 872-8999 Télécopieur 514 872-2379
ombudsman@ville.montreal.qc.ca