

DEMANDE D'INTERVENTION OU D'ENQUÊTE PAR L'OMBUDSMAN DE LA CCN



PROTÉGÉ une fois rempli. Les renseignements personnels que vous fournissez seront utilisés par l'ombudsman de la Commission de la capitale nationale dans le but de recueillir de l'information sur la plainte déposée. Les renseignements sont protégés conformément aux exigences de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, et seront conservés au fichier de renseignements personnels « Ombudsman de la Commission de la capitale nationale » (numéro de fichier CCN PPU079). Aux termes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, vous avez le droit de vous faire communiquer les renseignements personnels qui vous concernent, demander des corrections si vous croyez que des renseignements personnels sont erronés ou incomplets, et d'ajouter des annotations à l'information en cause. Nous vous assurons que ces renseignements ne seront utilisés qu'à des fins autorisées.

VOUS AUTORISEZ, PAR LA PRÉSENTE, L'OMBUDSMAN DE LA COMMISSION DE LA CAPITALE NATIONALE (CCN) À OBTENIR ET À UTILISER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À VOTRE SUJET ET À LES COMMUNIQUER AUX PERSONNES À QUI L'OMBUDSMAN ESTIME NÉCESSAIRE DE LE FAIRE AFIN DE PROCÉDER À L'ENQUÊTE ET/OU DE TRAITER VOTRE DEMANDE.

SI, À LA FIN DU PROCESSUS, UNE RECOMMANDATION EST ÉMISE, ELLE VOUS SERA TRANSMISE PAR ÉCRIT ET DES COPIES SERONT ACHÉMINÉES AU CONSEIL D'ADMINISTRATION, À LA PREMIÈRE DIRIGEANTE ET AU VICE-PRÉSIDENT RESPONSABLE À LA CCN.

1. COORDONNÉES DU PLAIGNANT (Obligatoire)

Nom de famille ou nom de l'entreprise :

Prénom :

Adresse postale :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone résidentiel :

Téléphone au travail ou cellulaire :

Télécopieur :

Adresse courriel :

2. DÉCRIVEZ VOTRE PLAINTÉ (Obligatoire - Joindre une feuille supplémentaire si vous manquez d'espace.)

3. DIRECTION DE LA CCN CONCERNÉE (Si vous la connaissez)

4. COMMENT LA CCN A-T-ELLE PROPOSÉ DE RÉGLER VOTRE PLAINTÉ ? (Obligatoire)

5. ÉNUMÉREZ LE NOM DE TOUS LES REPRÉSENTANTS DE LA CCN AVEC QUI VOUS AVEZ COMMUNIQUÉ À CE JOUR RELATIVEMENT À CETTE PLAINTÉ. VEUILLEZ ÉGALEMENT PRÉCISER SI VOUS AVEZ COMMUNIQUÉ AVEC LE BUREAU DE LA PREMIÈRE DIRIGEANTE OU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____

6. DRESSEZ LA LISTE DE LA CORRESPONDANCE ET DES DOCUMENTS PERTINENTS ET FOURNISSEZ-EN UNE COPIE

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____ 6. _____

7. INSCRIVEZ LE DÉNOUEMENT QUI, SELON VOUS, SERAIT JUSTE (Obligatoire)

8. SIGNATURE

Les renseignements fournis sont exacts au meilleur de ma connaissance. Je comprends que l'ombudsman ne divulguera aucun renseignement relatif à ma plainte à aucune partie qui n'est pas essentielle aux fins de l'enquête.

Signature _____ Date _____
jour/mois/année

9. RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS À DES FINS STATISTIQUES SEULEMENT (Facultatif)

Votre groupe d'âge : 18-25 26-50 51-64 65 ou plus

Comment avez-vous entendu parler de l'ombudsman de la CCN ? _____

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

	OUI	NON	
Femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autochtone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Minorité visible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle ? _____
Êtes-vous? Canadien(ne)	<input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	Si autre, précisez votre nationalité _____

VOUS POUVEZ SOUMETTRE VOTRE DEMANDE DE LA FAÇON SUIVANTE :

N'OUBLIEZ PAS DE FOURNIR UNE COPIE DE TOUS LES DOCUMENTS PERTINENTS. MERCI.

- Par **la poste** ou par **porteur** au 40, rue Elgin, bureau 310, Ottawa (Ontario) K1P 1C7
- Par **télécopieur** : 613.947.4311
- Par **courriel** : info@ombudsman.ncc-ccn.ca