

**Plainte à l’ombudsman**

L'**Ombudsman de Montréal (OdM)** assure la confidentialité des informations recueillies dans l’exercice de son mandat, sauf dans la mesure requise pour le traitement des dossiers.

En soumettant votre plainte à l'**Ombudsman de Montréal**, **vous autorisez les membres de l’équipe de l’OdM** qui traiteront votre plainteà obtenir, communiquer et utiliser toute information pertinente vous concernant ou en lien avec votre dossier, y-inclus les informations nominatives et confidentielles.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Coordonnées du plaignant (ces informations sont obligatoires)** | | | | | |
| **Nom** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Prénom** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Adresse** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Ville :**  Cliquez ici pour taper du texte. | | | **Province :**  Cliquez ici pour taper du texte. | **Code postal :**  Cliquez ici pour taper du texte. | |
| **Téléphone** | | | | **Courriel** | |
| **Résidence** | | **Cellulaire** | **Autre** | Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **N.B. : Si votre plainte concerne d’autres personnes, il est important de nous soumettre également les noms, numéros de téléphone et adresses de chacune de ces personnes.** | | | | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **2. Nature du problème** | | | | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **3. Arrondissement ou Service visé** | | | | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **4. Numéro de dossier dans cet arrondissement ou ce service (si applicable)** | | | | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **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.** | | | | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **6. Précisez toutes les démarches que vous avez entreprises à ce jour pour tenter de résoudre ce problème.** | | | | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **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 les connaissez). Veuillez confirmer toute démarche auprès du bureau du maire ou de votre conseiller municipal.** | | | | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **8. Joignez une copie et faites la liste ci-dessous de toute la correspondance et de tous les documents pertinents.** | | | | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
| **9. Quel résultat recherchez-vous par votre présente plainte à l’Ombudsman de Montréal.** | | | | | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | | | | | |
|  | | | | |
| **Date de la présente plainte :** Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **Signature**: Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **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?     |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **OUI** | **NON** | | ***Femme*** |  |  | | ***Autochtone du Canada*\*** |  |  |   De quelle ***origine ethnique\*\**** êtes-vous?CanadienneAutre  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** ?    \* **Autochtone du Canada : i**nclut 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**

Les Cours Mont-Royal, 1550, rue Metcalfe, bureau 1150

Montréal (Québec) H3A 1X6

Téléphone : 514 872-8999 – Télécopieur 514 872-2379 [**ombudsman@ville.montreal.qc.ca**](mailto:ombudsman@ville.montréal.qc.ca)