Loi sur les renseignements médicaux personnels (LRMP)

FORMULAIRE DE PLAINTE – ACCÈS À L'INFORMATION EN VERTU DE LA LRMP

OMBUDSMAN DU MANITOBA

Une plainte adressée à l'ombudsman du Manitoba en vertu de la LRMP doit être soumise par écrit. Servez-vous de ce formulaire si vous voulez vous plaindre de la façon dont un dépositaire a traité votre demande concernant l'accès à vos renseignements médicaux personnels. Sinon, vous pouvez aussi envoyer une lettre ou un courriel à l'ombudsman expliquant votre plainte en détail.

RÉSERVÉ AU BUREAU
Date de réception :

Veuillez envoyer ce formulaire à l'ombudsman du Manitoba de l'une des trois façons suivantes :

Courriel : ombudsman@ombudsman.mb.ca
Courrier : 5 rue Donald, bureau 300, Winnipeg, Manitoba R3L 2T4
Téléc. : 204 942-7803

Si vous avez des questions ou besoin d'aide, veuillez nous contacter au 204 982-9130, au 1 800 665-0531 (sans frais au Manitoba) ou à ombudsman@ombudsman.mb.ca. Pour plus de renseignements, visitez www.ombudsman.mb.ca

VOS RENSEIGNEMENTS

Nom :

Adresse postale :

Veuillez indiquer la ou les meilleures façons de vous contacter au cas où nous aurions besoin d'autres renseignements ou si nous avons des questions au sujet de votre plainte :

Numéro(s) de téléphone :

Adresse électronique :

Existe-t-il des restrictions pour vous contacter? Par ex., êtes-vous disponible certains jours de la semaine ou certaines heures de la journée? (Sachez que nous sommes ouverts du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30)

VOTRE DEMANDE CONCERNANT L'ACCÈS À VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

Nom du dépositaire* dont vous vous plaignez :

Adresse et n° de téléphone du dépositaire, si vous les connaissez :

*Un dépositaire est un professionnel de la santé, un établissement de soins de santé, un organisme public ou un organisme de services de santé

VOTRE PLAINTE

En expliquant votre plainte, veuillez sélectionner l'*une* des options suivantes :

◯ **Pas de réponse**. Je n'ai pas reçu de décision de la part du dépositaire au sujet de ma demande de renseignements.

J'ai présenté ma demande : (choisir une option) ☐ verbalement ☐ par écrit

(décrivez les renseignements médicaux personnels que vous avez demandés ou joignez une copie de votre demande écrite, si vous l'avez)

◯ **Droits**. On m'a avisé(e) que des droits s'appliquaient. Je conteste le montant de ces droits.

- ◯ **Plainte au sujet de la réponse**. Je me plains au sujet de la décision que j'ai reçue. Ma plainte concerne :
  - ◯ Les renseignements médicaux personnels que je pouvais examiner ou les copies que l'on m'a fournies.
  - ◯ On m'a avisé(e) que les renseignements n'existent pas ou qu'on ne peut pas les trouver.
  - ◯ On a refusé de me communiquer l'ensemble ou une partie de mes renseignements médicaux personnels en vertu du paragraphe 11(1).
  - ◯ On m'a avisé(e) que le dépositaire n'avait pas tenu compte de ma demande en vertu du paragraphe 11.1(1).
- ◯ **Autre** :

Donnez tout autre renseignement dont vous aimeriez nous informer au sujet de votre plainte :

Veuillez expliquer les mesures éventuelles que vous avez prises pour régler cette question avec le dépositaire :

RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT : ne remplissez cette section que si vous voulez qu'une autre personne vous représente. Si vous nommez un représentant, nous communiquerons avec cette personne au sujet de votre plainte.

J'autorise la personne suivante à agir en mon nom et à recevoir tout renseignement personnel me concernant, tant que cela est nécessaire pour cette plainte :

Nom :

Veuillez indiquer la ou les meilleures façons de contacter votre représentant :

Numéro(s) de téléphone :

Adresse électronique :

Veuillez inclure les renseignements suivants lorsque vous vous plaignez à notre bureau :

- ☐ Une copie de la demande d'accès que vous avez présentée au dépositaire en vertu de la LRMP, si la demande a été faite par écrit
- ☐ Une copie de toute correspondance ou décision écrite du dépositaire en réponse à votre demande d'accès présentée en vertu de la LRMP

En soumettant ce formulaire, je pense qu'à ma connaissance, les renseignements que j'ai fournis sont véridiques et exacts. Je comprends que l'ombudsman du Manitoba fournira une copie de ma plainte au dépositaire dont je me plains.

Votre signature : Date :