



Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP) et Loi sur les renseignements médicaux personnels (LRMP)

Formulaire de plainte – **CONFIDENTIALITÉ** ou **CORRECTION** des renseignements

Une plainte adressée à l'ombudsman du Manitoba en vertu de la LAIPVP ou de la LRMP doit être soumise par écrit.

Servez-vous de ce formulaire :

- si vous vous plaignez de la façon dont un organisme public ou un dépositaire a traité vos renseignements (médicaux) personnels
- si vous vous plaignez au sujet d'une demande que vous avez présentée à un organisme public ou à un dépositaire pour faire corriger vos renseignements (médicaux) personnels

Sinon, vous pouvez aussi envoyer une lettre ou un courriel à l'ombudsman expliquant votre plainte en détail.

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

Courriel : ombudsman@ombudsman.mb.ca

Courrier : 500, av. Portage, bureau 750, Winnipeg (MB) R3C 3X1

Télec. : 204 942-7803

RÉSERVÉ AU BUREAU

Date de réception :

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 :

Veillez 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 PLAINTÉ CONCERNE-T-ELLE

Vos propres renseignements personnels

Vos propres renseignements médicaux personnels

Je ne suis pas sûr(e)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISME PUBLIC OU LE DÉPOSITAIRE

Nom de l'organisme public ou du dépositaire dont vous vous plaignez :

Nom(s) et coordonnées des membres du personnel de l'organisme public ou du dépositaire à qui vous avez peut-être parlé au sujet de vos inquiétudes concernant votre vie privée ou les corrections :

VOTRE PLAINTE

En expliquant votre plainte, veuillez sélectionner parmi les options suivantes :

Collecte : l'organisme public ou le dépositaire a recueilli mes renseignements (médicaux) personnels en violation de la LAIPVP ou de la LRMP.

Utilisation : l'organisme public ou le dépositaire a utilisé mes renseignements (médicaux) personnels en violation de la LAIPVP ou de la LRMP.

Communication : mes renseignements (médicaux) personnels ont été communiqués à l'extérieur de l'organisme public ou du dépositaire en violation de la LAIPVP ou de la LRMP.

Garanties : mes renseignements personnels n'ont pas été protégés de façon sécuritaire comme l'exige la LAIPVP ou la LRMP.

Correction : j'ai présenté une demande de correction en vertu de la LRMP ou de la LAIPVP et je me plains de la réponse de l'organisme public ou du dépositaire ou de son refus de corriger mes renseignements (médicaux) personnels.

Autre :

Veuillez décrire les renseignements (médicaux) personnels faisant l'objet de votre plainte :

Veuillez fournir des renseignements sur la nature de votre plainte (qui, quoi, où, quand et pourquoi), y compris des dates pertinentes :

Veuillez expliquer les mesures éventuelles que vous avez prises pour résoudre vos difficultés avec l'organisme public ou le dépositaire :

Selon vous, comment pensez-vous que votre plainte peut être résolue? Quel résultat souhaitez-vous?

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

- Une copie de toute lettre ou correspondance que vous avez envoyée à l'organisme public ou au dépositaire, ou que vous avez reçue de lui, au sujet de votre inquiétude concernant votre vie privée ou les corrections demandées.

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 peut fournir une copie de ma plainte à l'organisme public ou au dépositaire dont je me plains.

Votre signature :

Date :