

Formule de plainte relative à une demande d'accès ou de rectification

Plainte déposée conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)*

Rem. : Dans la LPRPS, une personne ou une organisation qui a la garde ou le contrôle de renseignements personnels sur la santé en vue de fournir des soins de santé est un « dépositaire de renseignements sur la santé ».

Votre plainte devrait être envoyée à l'attention du **registraire**.

Renseignements vous concernant

M. M.^{ME} M.^{LLE}

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____ INITIALE _____

ADRESSE _____ App. _____

VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE _____ (SOIR) _____

ADRESSE DE COURRIEL * _____

* Je consens à ce que l'on communique avec moi à cette adresse de courriel ou à celle de mon représentant. Je reconnais que la transmission de courriels sur Internet n'est pas sécurisée, et que les courriels peuvent être interceptés, altérés ou retransmis.

Renseignements concernant votre représentant (À remplir uniquement si quelqu'un vous représente.)

J'autorise la personne suivante à agir en mon nom et à recevoir les renseignements personnels sur la santé me concernant qui sont nécessaires aux fins de la présente plainte.

LA PERSONNE QUI ME REPRÉSENTE EST : UN(E) AVOCAT(E) UN(E) AGENT(E) M. M.^{ME} M.^{LLE}

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____ INITIALE _____

NOM DE L'ENTREPRISE, _____
DE L'ASSOCIATION OU DE L'ORGANISME

ADRESSE _____ BUREAU _____

VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE (JOUR) _____

ADRESSE DE COURRIEL _____

Renseignements sur le dépositaire de renseignements sur la santé

Nom du dépositaire de renseignements sur la santé visé par la plainte : _____

ADRESSE _____ BUREAU _____

VILLE _____ PROVINCE _____ CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE (JOUR) _____

Consentement à traiter la plainte relative à une demande d'accès ou de rectification

- Je consens à ce que le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario inspecte des dossiers médicaux contenant des renseignements personnels sur la santé me concernant, ou demande des éléments de preuve ou d'information à leur sujet aux fins du traitement de la plainte relative à une demande d'accès ou de rectification.

Consentement à divulguer votre nom au dépositaire de renseignements sur la santé visé par la plainte

Veillez cocher *une seule* case :

- Je consens à ce que mon nom soit divulgué au dépositaire de renseignements sur la santé aux fins de l'enquête relative à la plainte.
- Je ne consens pas à ce que mon nom soit divulgué au dépositaire de renseignements sur la santé.

Consentement à fournir une copie de la documentation au dépositaire de renseignements sur la santé

Veillez cocher *une seule* case :

- Je consens à ce qu'une copie de la présente formule et de tous les documents joints soit fournie au dépositaire de renseignements sur la santé.
- Je ne consens pas à ce qu'une copie de la présente formule et de tous les documents joints soit fournie au dépositaire de renseignements sur la santé.

Pièces jointes

Les documents suivants sont joints :

- Copie de la demande.
- Copie de la décision du dépositaire de renseignements sur la santé.

Détails concernant la plainte relative à l'accès ou à la rectification

Veillez cocher la ou les cases qui expliquent les motifs de votre plainte :

- Avis réputé donné du refus** - Il y a plus de 30 jours que j'ai présenté ma demande et je n'ai pas reçu de réponse.
- Accès accéléré** - Le dépositaire de renseignements sur la santé a refusé de traiter d'urgence ma demande d'accès, en moins de 30 jours.
- Exceptions** - Le dépositaire de renseignements sur la santé a indiqué qu'une partie ou la totalité des documents auxquels j'ai demandé l'accès font l'objet d'une exception, mais je crois que plus de documents devraient être divulgués.
- Décision provisoire** - En raison du nombre de documents en cause, le dépositaire de renseignements sur la santé a examiné un échantillon des documents ou consulté une employée ou un employé expérimenté, m'a informé(e) des exceptions qui pourraient s'appliquer et m'a présenté une estimation des droits à acquitter. Je ne suis pas d'accord avec le montant indiqué dans l'estimation.
- Droits à acquitter/estimation des droits** - Le dépositaire de renseignements sur la santé m'a envoyé une décision concernant l'accès qui comprenait des droits à acquitter ou une estimation des droits que je juge excessifs.
- Suppression des droits** - Le dépositaire de renseignements sur la santé a refusé de supprimer les droits tels que je l'avais demandé.
- Caractère raisonnable des recherches** - Le dépositaire de renseignements sur la santé a indiqué qu'une partie ou la totalité des documents auxquels j'ai demandé l'accès n'existent pas, mais je crois que plus de documents existent.
- Prorogation de délai** - Le dépositaire de renseignements sur la santé a décidé de prolonger le délai pour répondre à ma demande et je ne suis pas d'accord.
- Documents non divulgués** - Le dépositaire de renseignements sur la santé m'a accordé l'accès aux documents demandés mais je ne les ai pas reçus.
- Documents exclus** - Le dépositaire de renseignements sur la santé a indiqué que les documents auxquels j'ai demandé l'accès sont exclus de l'application de la LPRPS et je ne suis pas d'accord.
- Demande frivole ou vexatoire** - Le dépositaire de renseignements sur la santé a indiqué que ma demande est frivole ou vexatoire et je ne suis pas d'accord.
- Refus de confirmer ou de nier** - Le dépositaire de renseignements sur la santé a refusé de confirmer ou de nier l'existence des documents auxquels j'ai demandé l'accès.
- Rectification** - Le dépositaire de renseignements sur la santé a refusé de rectifier les renseignements personnels me concernant.

Autre - Veuillez expliquer :

Règlement de la plainte relative à l'accès ou à la rectification

Veuillez décrire ce que vous avez fait, le cas échéant, pour tenter de régler votre plainte relative à l'accès ou à la rectification auprès du dépositaire de renseignements sur la santé.

Veuillez indiquer comment votre plainte pourrait être réglée.

Renseignements concernant la procédure de traitement des plaintes relatives à l'accès ou à la rectification

Communiquez avec le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario au 416 326-3333 ou, sans frais, au 1 800 387-0073, ou encore visitez son site Web à www.ipc.on.ca.

Où envoyer la présente formule

Adressez la formule remplie à :

Registraire
Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée/Ontario
1400-2, rue Bloor Est
Toronto (Ontario)
M4W 1A8

Signature

VOTRE SIGNATURE _____ DATE _____