

Formule de plainte relative à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation

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 (JOUR) _____ (SOIR) _____

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) _____ (SOIR) _____

ADRESSE DE COURRIEL _____

Renseignements sur le dépositaire de renseignements sur la santé

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

Consentement à traiter la plainte

- 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.
-

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.
-

Détails concernant la plainte

J'ai des raisons de croire que l'une ou l'autre des situations suivantes s'est produite :

- Le dépositaire de renseignements sur la santé a recueilli de façon inappropriée des renseignements personnels sur la santé me concernant.
- Le dépositaire de renseignements sur la santé a divulgué de façon inappropriée des renseignements personnels sur la santé me concernant.
- Le dépositaire de renseignements sur la santé a utilisé de façon inappropriée des renseignements personnels sur la santé me concernant.
- Le dépositaire de renseignements sur la santé a éliminé de façon inappropriée des renseignements personnels sur la santé me concernant.
- Autre – Veuillez expliquer.

Détails concernant la plainte (suite)

Veillez décrire votre plainte en expliquant ce qui s'est passé et en précisant à quel moment, où et comment les événements sont survenus, les personnes impliquées et les raisons. (Si vous manquez d'espace, vous pouvez annexer autant de pages que vous le souhaitez.)

Règlement de la plainte

Veillez décrire ce que vous avez fait, le cas échéant, pour tenter de régler votre plainte auprès du dépositaire de renseignements sur la santé.

Veillez indiquer comment votre plainte pourrait être réglée.

Renseignements concernant la procédure de traitement des plaintes relatives aux renseignements personnels sur la santé

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 _____