



## FORMULE DE PLAINTE DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION DU HARCÈLEMENT ET DE LA DISCRIMINATION DU SEFPO

Veillez remplir chaque section de la formule de plainte en vous servant du Guide de la procédure de traitement des plaintes et en demandant l'aide de votre conseiller. Assurez-vous de **signer** et de **dater** chaque page.

**Remarque :** *Les pages 1 et 8 (les coordonnées, à la page 1; la liste des témoins et la liste des documents, à la page 8) demeurent confidentielles et ne sont pas envoyées à la personne mise en cause.*

Pour de plus amples renseignements, adressez-vous à **l'Unité de l'équité du SEFPO**, au 100 du chemin Lesmill, à Toronto (Ontario) M3B 3P8; 416-443-8888, poste 8790 ou, sans frais, 1-800-268-7376. ATM : 1-800-663-1070.

**Numéro de la ligne d'assistance confidentielle :** 416-443-8888, poste 8778; numéro sans frais, 1-800-268-7376, poste 8778; ATM : 1-800-663-1070.

### A. Coordonnées

A1. Nom du (de la) plaignant(e) : \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_

Ville/village \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Tél. de jour \_\_\_\_\_ Tél. cell. \_\_\_\_\_

ATM \_\_\_\_\_

A.2. Par quel moyen préférez-vous que nous vous fassions parvenir de l'information?

- Téléphone
- Courrier
- Courriel (vous acceptez qu'on vous envoie les documents par courriel)

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## B. Questions sur la personne mise en cause

B1. Nom de la personne mise en cause : \_\_\_\_\_

B2. (a) La personne mise en cause est-elle dirigeante élue au SEFPO?

- Oui  
 Non

Si oui,  
 (b) indiquez son titre et sa région. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## C. Questions sur les autres personnes mises en cause, le cas échéant

C1. (a) Avez-vous nommé d'autres mis en cause dans votre plainte?

- Oui  
 Non

Si oui,  
 (b) donnez leurs noms et adresses.

Personne mise en cause	Coordonnées
1.	
2.	

C2. (a) Ces autres mis en cause sont-ils dirigeants élus au SEFPO?

- Oui  
 Non

Si oui,  
 (b) indiquez leur titre et leur région. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## D. Questions sur les parties affectées

*Veillez remplir cette section si vous estimez qu'une autre personne ou un autre organisme devrait être nommé à titre de partie affectée par la plainte et/ou être avisé (par partie affectée, nous entendons le siège social du SEFPO et/ou une personne, un organisme et/ou une association pouvant être affecté par la plainte et/ou la réponse à la plainte).*

D.1. (a) Quelle personne/quel organisme devrait être nommé à titre de partie affectée?

---

(b) Prière d'expliquer pourquoi vous estimez que la personne/l'organisme devrait être nommé à titre de partie affectée ou être avisé (au besoin, utilisez une autre feuille de papier) :

---

## E. Questions relatives à votre plainte à une personne responsable

*Ne remplissez cette section que si vous vous êtes plaint à une personne responsable.*

E1. (a) À qui vous êtes-vous plaint? \_\_\_\_\_

---

(b) Qu'est-il ressorti de votre plainte? \_\_\_\_\_

---

## F. Questions sur les politiques et pratiques

*Ne remplissez cette section que si votre plainte concerne une pratique ou une politique.*

F1. (a) Quelle est la pratique ou politique en question? \_\_\_\_\_

(b) Dites-nous comment l'impact de la pratique ou politique est discriminatoire (si vous utilisez d'autres pages, numérotez-les) : \_\_\_\_\_

---

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## G. Questions sur la discrimination en vertu des motifs prohibés

G1. Les motifs de discrimination sont les suivants :

*(prière de cocher toutes les cases qui s'appliquent à votre plainte)*

- Race, couleur, ascendance, lieu d'origine, citoyenneté et/ou groupe ethnique
- Handicap
- Orientation sexuelle
- Âge
- Croyance (p. ex., foi, religion, système de croyances)
- Sexe, grossesse et identité sexuelle
- Sollicitation ou avances de nature sexuelle ou représailles en cas de rejet de la sollicitation ou des avances de nature sexuelle
- Situation de famille ou état civil
- État d'assisté social

G2. Veuillez indiquer la façon dont vous vous identifiez aux motifs sélectionnés :

*(Prière de nommer le handicap spécifique, ou l'identité du groupe auquel vous appartenez - p. ex., femme, Asiatique, etc.)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

G3. Expliquez pourquoi vous pensez avoir été discriminé en raison du ou des motifs précités.

*Soyez aussi précis que possible (p. ex., la date de l'incident ou des incidents, les personnes impliquées, ce qui s'est passé, le lien entre les incidents et les motifs sélectionnés). N'incluez pas le nom des témoins dans ce formulaire. (Si vous utilisez d'autres pages, numérotez-les) :*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## H. Questions sur les besoins spéciaux

*Ne remplissez cette section que si vous avez des besoins spéciaux liés au(x) motif(s) cité(s) (p. ex., besoins liés à un handicap; à votre religion; à votre situation familiale)*

H1. Veuillez décrire vos besoins spéciaux spécifiques : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

H2. Avez-vous demandé à la personne mise en cause de répondre à vos besoins?

- Oui
- Non

Si oui,  
H3. Qu'avez-vous demandé à la personne mise en cause? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

H4. A-t-elle essayé de répondre à vos besoins?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Si oui,  
H5. (a) Décrivez ce que la personne mise en cause a fait pour répondre à vos besoins :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(b) Expliquez pourquoi vous estimez que les efforts de la personne mise en cause visant à répondre à vos besoins étaient insuffisants : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## I. Questions sur la discrimination fondée sur une association

*Ne remplissez cette section que si vous estimez avoir été discriminé en raison de votre association présumée avec une personne membre d'un groupe identifié par un des motifs prohibés ci-dessus.*

11. Veuillez expliquer la façon dont vous avez été discriminé en raison de votre association avec ce groupe (si vous utilisez d'autres pages, numérotez-les) :

---



---



---



---

## J. Questions sur les représailles

*Ne remplissez cette section que si vous estimez que la personne mise en cause a fait quelque chose pour vous punir d'avoir exercé vos droits en vertu de la Politique.*

J1. Prière de cocher toutes les cases applicables :

- J'ai revendiqué ou appliqué mes droits en vertu de la Politique
- Je refuse d'enfreindre les droits d'une autre personne en vertu de la Politique
- J'ai été impliqué dans une autre plainte, médiation, enquête et/ou audience en vertu de la Politique

J2. Veuillez nous parler des représailles que vous avez subies : \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## K. Questions sur la rupture de l'entente

*Ne remplissez cette section que si vous avez préalablement résolu une plainte en vertu de la Politique et estimez que la personne mise en cause ne se conforme pas aux modalités de votre entente. Prière d'inclure un exemplaire du procès-verbal de l'entente signé et daté.*

K1. Veuillez expliquer comment la personne mise en cause a enfreint aux modalités de votre entente.

---

---

---

---

## L. Recours

L.1. Veuillez décrire les recours souhaités, qui permettront de résoudre cette plainte (au besoin, utilisez une autre feuille de papier) :

---

---

---

---

---

## M. Médiation

M.1. Accepteriez-vous un règlement par médiation?

- Oui
- Non

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## N. Documents à l'appui de votre plainte

N.1. Veuillez dresser ci-dessous la liste des documents **confidentiels** importants à votre plainte (veuillez inclure un exemplaire des documents indiqués) :

1.
2.
3.
4.
5.

## O. Questions sur les témoins

O.1. Veuillez dresser une liste **confidentielle** des témoins pertinents à votre plainte :

<i>Témoïn</i>	<i>Coordonnées</i>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

## P. Signature

Nom du (de la) plaignant(e) : \_\_\_\_\_

Signature du (de la) plaignant(e) : \_\_\_\_\_

Nom du (de la) conseiller(ère) : \_\_\_\_\_

Date (jj/mm/aa) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_