



# Formule de plainte concernant l'accès à des renseignements ou leur rectification

aux termes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)*

Nota : Aux termes de la *LPRPS*, un « dépositaire de renseignements sur la santé » désigne une personne ou une organisation qui a la garde ou le contrôle de renseignements personnels sur la santé pour dispenser des soins de santé ou pour des fins connexes.

Veuillez adresser votre plainte à l'attention du **registraire**.

## Renseignements vous concernant

Pronoms préférés (facultatif)

Il/lui       Elle/elle       Iel/iel       Autres (préciser) ►

Nom de famille

Prénom

Initiales

Adresse

Unité

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 la personne qui me représente. Je reconnais que l'envoi de courriels par Internet présente des risques, les messages pouvant être interceptés ou manipulés et retransmis.

## Renseignements sur votre représentant

(s'il y a lieu)

J'autorise la personne suivante à me représenter et à recevoir des renseignements personnels sur la santé me concernant, au besoin, pour les fins de la présente plainte.

Le représentant est :  un avocat     une autre personne

Nom de famille

Prénom

Initiales

Nom de la société, de l'association ou de l'organisation

Adresse

Unité

Ville

Province

Code postal

Téléphone : Jour

Soir

Courriel



# Formule de plainte concernant l'accès à des renseignements ou leur rectification

aux termes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)*

## Renseignements sur le dépositaire de renseignements sur la santé

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

Adresse

Unité

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Courriel

---

## Consentement relatifs aux renseignements personnels sur la santé qui vous concernent

*(Veuillez cocher la case ci-dessous si vous êtes d'accord avec l'énoncé suivant.)*

- J'accepte que le Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario (CIPVP) inspecte mon dossier de renseignements personnels sur la santé, en exige la preuve ou s'informe à cet égard, s'il est raisonnablement nécessaire de le faire pour traiter ma plainte.

---

## Consentement à la divulgation de votre nom, de la présente formule et des pièces jointes

En portant plainte au CIPVP, je consens à la divulgation aux parties (y compris au dépositaire de renseignements sur la santé) de mon nom, de la formule de plainte et des pièces jointes, à moins de communiquer expressément mon refus au CIPVP.

Si je ne consens pas à la divulgation de mon nom, de la formule de plainte et des pièces jointes, le CIPVP peut établir s'il peut traiter la plainte de façon juste et adéquate sans communiquer ces renseignements, et il peut décider de fermer le dossier.

***Si vous ne consentez pas à la divulgation de votre nom, de la présente formule et des pièces jointes, veuillez fournir des motifs détaillés à l'appui de votre décision :***



# Formule de plainte concernant l'accès à des renseignements ou leur rectification

aux termes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPS)*

## Pièces jointes

Les documents suivants sont annexés :

*Veillez joindre une copie de tous les documents pertinents.*

- Copie de la demande.
- Copie de la lettre de décision du dépositaire de renseignements sur la santé.
- Autres documents (veuillez les décrire) :

---

## Précisions sur la plainte

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

- Avis réputé donné du refus** – J'ai présenté ma demande il y a plus de 30 jours et on ne m'a pas répondu.
- Accès accéléré** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a refusé de traiter ma demande d'urgence, en moins de 30 jours.
- Exceptions** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a invoqué une ou plusieurs exceptions pour refuser de divulguer une partie ou la totalité des documents demandés et je crois qu'il devrait en divulguer davantage.
- Droits à acquitter ou estimation des droits** – Le dépositaire de renseignements sur la santé m'a envoyé une décision prévoyant des droits à payer ou une estimation des droits, que je juge excessifs.
- Dispense des droits** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a refusé ma demande de dispense des droits.
- Recherche raisonnable** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a indiqué qu'une partie ou la totalité des documents demandés n'existent pas et je crois qu'il en existe davantage.
- Prolongation du délai** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a décidé de prolonger le délai requis pour répondre à ma demande et je ne suis pas d'accord.
- Non-divulgaration de documents** – Le dépositaire de renseignements sur la santé m'a accordé l'accès à des documents, mais je ne les ai pas reçus.
- Non-application de la Loi** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a indiqué que la *LPRPS* ne s'applique pas aux documents demandés 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 demandés.
- Rectification** – Le dépositaire de renseignements sur la santé a refusé de rectifier les renseignements personnels sur la santé me concernant.
- Autre** – Veuillez expliquer :



---

## 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 décrire comment votre plainte pourrait être réglée.

---

## Information sur le processus de traitement des plaintes

Pour en savoir davantage sur le processus de traitement du Bureau du commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario, veuillez composer le 416 326-3333 ou, sans frais, le 1 800 387 0073, ou visiter notre site Web à [www.ipc.on.ca](http://www.ipc.on.ca).

---

## Envoyez la formule remplie à l'adresse suivante :

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

---

## Signature

\_\_\_\_\_  
Votre signature

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)