

Formulaire de plainte en matière des droits de la personne

Pour usage interne seulement
Date de réception

Pour compléter ce formulaire, **vous devez le télécharger en premier**, le compléter avec le logiciel gratuit Adobe Reader.

Assurez-vous de remplir toutes les sections du formulaire. Ne modifiez pas le formatage du formulaire. Pour vous aider à remplir ce formulaire, veuillez consulter le document « Comment remplir le formulaire de plainte en matière des droits de la personne » sur le site Web. Si vous avez des questions, communiquez avec la Commission.

Section A – Votre nom (Vous êtes le plaignant)

Prénom	Nom de famille

SEULEMENT remplir ce champ si vous déposez une plainte au nom d'une autre personne.

Prénom	Nom de famille

Vous êtes le : Parent Tuteur (autorité légale) Curateur Exécuteur

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

Numéro de dossier de la Commission	Article(s) de la <i>Loi</i>	
Secteur(s) d'activité de discrimination	Motif(s) de discrimination	
Commentaires		
Inscrit par	Date inscrite	Nombre de page

Section B – Intimé(s) - Contre qui déposez-vous une plainte? Qui, selon vous, vous a discriminé?
Ceci est l'intimé.

- L'intimé peut être une entreprise, organisation, association ou une personne
- Veuillez ne nommer qu'une seule personne ou organisation par encadré
- Si l'intimé est votre employeur, veuillez écrire le nom inscrit sur votre relevé de paie/T4

Nom de l'intimé(e) (Entreprise, organisation, association ou une personne)		Fonction de l'intimé (le cas échéant)	
Rue ou adresse postale			
Ville et province	Code postal	Courriel	Numéro de téléphone (incluant l'indicatif régional)

Nom du 2e intimé(e) (s'il y a lieu)		Fonction de l'intimé (le cas échéant)	
Rue ou adresse postale			
Ville et province	Code postal	Courriel	Numéro de téléphone (incluant l'indicatif régional)

Nom du 3e intimé(e) (s'il y a lieu)		Fonction de l'intimé (le cas échéant)	
Rue ou adresse postale			
Ville et province	Code postal	Courriel	Numéro de téléphone (incluant l'indicatif régional)

Nom du 4e intimé(e) (s'il y a lieu)		Fonction de l'intimé (le cas échéant)	
Rue ou adresse postale			
Ville et province	Code postal	Courriel	Numéro de téléphone (incluant l'indicatif régional)

Nom du 5e intimé(e) (s'il y a lieu)		Fonction de l'intimé (le cas échéant)	
Rue ou adresse postale			
Ville et province	Code postal	Courriel	Numéro de téléphone (incluant l'indicatif régional)

Si vous souhaitez ajouter d'autres intimés, vous pouvez le faire en annexant des pages supplémentaires à votre formulaire.

Section C – Identifiez dans quel(s) secteur(s) d’application la discrimination a eu lieu.

Veillez vous référer au document « Les secteurs de discrimination expliqués » disponible sur le site web de la Commission pour les définitions.

Veillez seulement cocher (✓) le(s) secteur(s) d’application relatif(s) à la présente plainte.

- Emploi (Article 4 de la Loi)
- Habitation, établissement commercial ou biens (Article 5 de la Loi)
- Services, installations ou logement à la disposition du publi (Article 6 de la Loi)
- Publicité (Avis, affiches, et symboles) (Article 7 de la Loi)
- Association professionnelle, d’affaires ou de métiers (Article 8 de la Loi)

Section D – Identifiez le(s) motif(s) de discrimination.

(Les motifs énumérés ne peuvent pas être modifiés.)

Veillez seulement cocher (✓) le(s) motif(s) relatif(s) à la présente plainte ET identifiez les caractéristiques et/ou diagnostic(s) de(s) motif(s) coché(s). Veillez vous référer au document « Les motifs de discrimination expliqués » disponible sur le site web de la Commission pour les définitions.

Exemple

<input checked="" type="checkbox"/> Incapacité mentale* :
Dépression

<input type="checkbox"/> Âge :	<input type="checkbox"/> Ascendance :	<input type="checkbox"/> Condition sociale :
<input type="checkbox"/> Convictions ou activité politique :	<input type="checkbox"/> Couleur :	<input type="checkbox"/> Croyance ou la religion :
<input type="checkbox"/> État matrimoniale :	<input type="checkbox"/> Harcèlement sexuel :	<input type="checkbox"/> Identité ou expression de genre :
<input type="checkbox"/> Incapacité mentale* :	<input type="checkbox"/> Incapacité physique* :	<input type="checkbox"/> Lieu d’origine :
<input type="checkbox"/> Orientation sexuelle :	<input type="checkbox"/> Origine nationale :	<input type="checkbox"/> Race :
<input type="checkbox"/> Sexe* :	<input type="checkbox"/> Situation de famille :	

*Si vous cochez **Sexe** en raison d’une **grossesse**, veuillez fournir un document médical attestant de votre grossesse (par exemple, une note du médecin).

*Si vous cochez **Incapacité mentale** et/ou **Incapacité physique**, veuillez fournir un document médical attestant de votre diagnostic (par exemple, une note du médecin).

Section E – Dates de la discrimination alléguée.

Vous devez remplir cette section, même si vous avez déjà fourni l'information dans d'autres sections du formulaire ou dans des documents en annexe. Si la discrimination remonte à plus d'un an, vous pourriez devoir déposer une Demande de prolongation du délai pour le dépôt d'une plainte. Veuillez consulter la Ligne directrice sur la prolongation du délai pour le dépôt d'une plainte.

Quand la discrimination a-t-elle commencé?

AAAA/MM/JJ

(Décrivez brièvement l'incident qui marque le début de la discrimination alléguée.)

Quand le dernier incident de discrimination s'est-il produit?

AAAA/MM/JJ

(Décrivez brièvement l'incident qui marque la fin de la discrimination alléguée.)

Section F – Participez-vous, ou avez-vous participé, à une autre instance relativement aux mêmes incidents ou allégations?

- Non. Oui. : De quel genre d'instance s'agit-il ou s'agissait-il? (par exemple un grief de syndicat, une affaire judiciaire, etc.)
Quel a été le résultat de l'instance?

Section G – Détails de la discrimination alléguée.

Pour chaque motif que vous avez coché dans la section D, veuillez décrire ce qui s'est passé ou ce qui continue de se passer qui vous porte à croire que vous avez fait l'objet de discrimination. Veuillez décrire chaque incident qui constitue de la discrimination selon vous, par ordre chronologique, du moins récent au plus récent.

Pour des renseignements additionnels, veuillez lire le document de la Commission intitulé « Le formulaire de plainte : guide étape par étape » qui se trouve sur le site Web de la Commission.

Incident 1 - Date	AAAA/MM/JJ
1.1 Que s'est-il passé, et comment les incidents correspondent-ils aux secteurs d'application et aux motifs de discrimination que vous avez cochés dans les sections C et D? Où et quand les incidents se sont-ils produits? Qu'a fait ou dit chaque intimé à cette date?	

1.2 Comment cela a-t-il eu un impact négatif sur vous?

2.1 Que s'est-il passé, et comment les incidents correspondent-ils aux secteurs d'application et aux motifs de discrimination que vous avez cochés dans les sections C et D? Où et quand les incidents se sont-ils produits? Qu'a fait ou dit chaque intimé à cette date?

2.2 Comment cela a-t-il eu un impact négatif sur vous?

Si vous souhaitez ajouter de l'information ou d'autres incidents, vous pouvez le faire en annexant des pages supplémentaires à votre formulaire.

Section H – Veuillez lire les énoncés ci-dessous et cocher chaque énoncé.

1) Je comprends que la Commission peut faire parvenir une copie de mon formulaire de plainte et des documents annexés à l'intimé ou aux intimés.	
2) Je comprends que la Commission peut également faire parvenir tout renseignement médical à l'appui et autre documentation à l'intimé ou aux intimés durant le processus de plainte.	
3) Je comprends que je dois fournir à la Commission tout changement à mes coordonnées et de répondre lorsque contacté, sinon ma plainte pourrait être fermée comme étant abandonnée.	

Je déclare que les informations contenues dans ce formulaire sont véridiques et exactes au meilleur de ma connaissance.

_____ Date

Veillez nous faire parvenir ce formulaire à :

hrc.cdp@gnb.ca

ou

Commission des droits de la personne

C.P. 6000

Fredericton (Nouveau-Brunswick)

E3B 5H1 Canada

Adresse postale :

751 rue Brunswick

Fredericton, NB E3B 1H8

Vous pouvez nous contacter par :

Courriel: hrc.cdp@gnb.ca

Téléphone: (506) 453-2301

Sans Frais: 1-888-471-2233

Télécopieur.: (506) 453-2653

Site Web: www.gnb.ca/hrc-cdp