

Pour compléter ce formulaire, **vous devez le télécharger en premier**, le compléter avec le logiciel gratuit Adobe Reader puis nous le retourner par courriel à hrc.cdp@gnb.ca.

Assurez-vous de remplir toutes les sections du formulaire.

Au besoin, veuillez communiquer avec la Commission pour obtenir de l'assistance afin de remplir le formulaire.

Pour vous aider à compléter ce formulaire, veuillez consulter le document « Comment remplir le formulaire de plainte en matière des droits de la personne » disponible sur le site web.

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

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? Ceci est l'intimé.

(L'intimé peut être une entreprise, organisation, association ou une personne)

(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 (s'il y a lieu)	
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 (s'il y a lieu)	
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 (s'il y a lieu)	
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 (s'il y a lieu)	
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 (s'il y a lieu)	
Rue ou adresse postale			
Ville et province	Code postal	Courriel	Numéro de téléphone (incluant l'indicatif régional)

Nom du 6e intimé(e) (s'il y a lieu)		Fonction (s'il y a lieu)	
Rue ou adresse postale			
Ville et province	Code postal	Courriel	Numéro de téléphone (incluant l'indicatif régional)

Nom du 7e intimé(e) (s'il y a lieu)		Fonction (s'il y a lieu)	
Rue ou adresse postale			
Ville et province	Code postal	Courriel	Numéro de téléphone (incluant l'indicatif régional)

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 Publicité (Avis, affiches, et symboles) Habitation, établissement commercial ou biens
 Association professionnelle, d’affaires ou de métiers Services, installations ou logement à la disposition du public

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.

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

Autorisation de divulguer des renseignements médicaux

Si vous cochez la case **Sexe** pour une situation de grossesse, **Incapacité mentale** ou **Incapacité physique**, vous devez remplir le formulaire d’autorisation de divulgation des renseignements médicaux disponible sur notre site Web.

Section E – Dates de la discrimination alléguée.

Quand la discrimination a-t-elle commencé?	JJ/MM/AAAA
(Décrivez brièvement ce qui s'est passé)	

Si elle n'est pas continue, quand la discrimination a-t-elle pris fin?	JJ/MM/AAAA
(Décrivez brièvement ce qui s'est passé)	

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.)

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.

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.

Veillez décrire chaque incident qui constitue de la discrimination selon vous, par ordre chronologique, du moins récent au plus récent.

Incident 1 - Date

JJ/MM/AAAA

1.1 Où l'incident s'est-il produit? Quand l'incident s'est-il produit? Qui sont les personnes concernées?

1.2 Qu'est-ce qui s'est passé, et comment les incidents correspondent-ils au(x) motif(s) et au(x) secteur(s) d'application que vous avez coché (s) aux sections C et D?

1.3 Qu'a fait chaque intime à cette date? Indiquez clairement qui sont ces personnes et ce qu'elles ont fait ou dit.

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

2.1 Où l'incident s'est-il produit? Quand l'incident s'est-il produit? Qui sont les personnes concernées ?

2.2 Qu'est-ce qui s'est passé, et comment les incidents correspondent-ils au(x) motif(s) et au(x) secteur(s) d'application que vous avez coché(s) aux sections C et D?

2.3 Qu'a fait chaque intime à cette date? Indiquez clairement qui sont ces personnes et ce qu'elles ont fait ou dit.

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

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

1) Je comprends que la Commission peut faire parvenir une copie de ma plainte 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 importante 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.	
4) Je reconnais avoir lu le document « Comment remplir le formulaire de plainte en matière des droits de la personne », sinon, cela pourrait avoir une incidence si je décidais de déposer un nouveau dossier de plainte.	

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