

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s’y prête.

Date de réception

Pour formuler une plainte concernant la qualité des services ou l’administration d’une mesure ou d’un programme relevant du ministère de l’Emploi et de la Solidarité sociale, veuillez remplir ce formulaire et le transmettre

- par télécopieur, au 418 646-7440,
- ou
- par la poste, à l’adresse suivante :

Direction des plaintes et des relations avec la clientèle  
Ministère de l’Emploi et de la Solidarité sociale  
425, rue Saint-Amable, RC 175  
Québec (Québec)  
G1R 4Z1

Vous pouvez également vous adresser à la Direction des plaintes et des relations avec la clientèle

- par téléphone en composant sans frais 1 866 644-2251,
- ou
- par Internet à l’adresse [www.mess.gouv.qc.ca](http://www.mess.gouv.qc.ca), en cliquant sur le lien Pour nous joindre.

À la suite de la réception de votre formulaire de plainte, un agent vous téléphonera dans un délai de deux jours ouvrables. Une plainte formulée à la Direction des plaintes et des relations avec la clientèle ne remplace pas les recours en révision et en réexamen administratif prévu par la réglementation en vigueur.

Remplir à l’encre et en majuscules.

### 1 – Renseignements sur l’identité de la personne plaignante

Nom de famille		Prénom	
Numéro de dossier <small>(s’il y a lieu)</small>			
Adresse du domicile	Numéro	Rue	Appartement
	Ville, village, municipalité		Code postal
Téléphone	Code régional	Numéro	Poste
	Autre téléphone		Code régional
Courriel			

### 2 – Objet de votre plainte

Cochez l’objet de votre plainte.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aide financière de dernier recours     | <input type="checkbox"/> Services Québec   |
| <input type="checkbox"/> Services publics d’emploi              | <input type="checkbox"/> Directeur de l’état civil; indiquez votre date de naissance : _____ |
| <input type="checkbox"/> Recouvrement                           | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____   |
| <input type="checkbox"/> Régime québécois d’assurance parentale | <small>Année - Mois - Jour</small>   |

### 3 – Raisons de votre plainte Expliquez les raisons de votre plainte. Si nécessaire, joignez une ou plusieurs feuilles.

### 4 – Signature de la personne plaignante

<small>Date</small>	<small>Signature</small>

### Protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l’exercice des attributions du Ministère. L’accès à ces renseignements est limité aux seules personnes autorisées à les consulter dans l’exercice de leurs fonctions. Vous avez le droit d’être informé des renseignements que le Ministère détient à votre sujet, d’en recevoir communication ou d’en demander la rectification en vous adressant à la personne responsable de l’accès aux documents et de la protection des renseignements personnels.