

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 du Travail, 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 du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale  
425, rue Jacques-Parizeau, 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.mtess.gouv.qc.ca](http://www.mtess.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 prévus 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		Autre téléphone		
Code régional	Numéro	Poste	Code régional	Numéro
Courriel				

### 2 – Objet de votre plainte

**Cochez l'objet de votre plainte.**

<input type="checkbox"/> Aide financière de dernier recours	<input type="checkbox"/> Programme objectif emploi
<input type="checkbox"/> Services publics d'emploi	<input type="checkbox"/> Services Québec
<input type="checkbox"/> Recouvrement	<input type="checkbox"/> Directeur de l'état civil; indiquez votre date de naissance : _____
<input type="checkbox"/> Régime québécois d'assurance parentale	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____

Année - Mois - Jour

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

### 4 – Signature de la personne plaignante

Date	Signature

#### 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.

