



Numéro de dossier : -

Si vous êtes l'appelant(e), vous pouvez utiliser la présente formule pour déposer une plainte fondée sur le *Code des droits de la personne* de l'Ontario (le « Code ») en même temps que vous présentez votre appel, si les deux conditions suivantes sont réunies :

- vous pensez avoir été victime de discrimination ou avoir été traité(e) différemment parce que vous êtes identifié(e) par un motif prévu dans le *Code*;
- selon vous, cette discrimination a eu une incidence sur les circonstances qui vous ont amené(e) à faire appel.

Vous devez présenter la présente formule en même temps que votre appel (formule 1) ou au plus tard 60 jours avant la date d'audience de votre appel.

Partie 1 : Renseignements généraux

Nom de l'appelant(e) :

Nom de l'intimé(e) :

Partie 2 : Détails concernant la plainte fondée sur le Code des droits de la personne

Dans la liste ci-dessous, cochez chaque motif de discrimination prévu dans le *Code* qui, selon vous, s'applique à votre situation.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Race | <input type="checkbox"/> Sexe, y compris le harcèlement sexuel et la grossesse | <input type="checkbox"/> État matrimonial |
| <input type="checkbox"/> Couleur | <input type="checkbox"/> Sollicitation de services sexuels ou avances sexuelles | <input type="checkbox"/> Âge |
| <input type="checkbox"/> Ascendance | <input type="checkbox"/> Identité sexuelle | <input type="checkbox"/> Association avec une personne identifiée par un motif énoncé dans le Code |
| <input type="checkbox"/> Lieu d'origine | <input type="checkbox"/> Expression de l'identité sexuelle | <input type="checkbox"/> Représailles ou menaces de représailles |
| <input type="checkbox"/> Citoyenneté | <input type="checkbox"/> Orientation sexuelle | |
| <input type="checkbox"/> Origine ethnique | <input type="checkbox"/> État familial | |
| <input type="checkbox"/> Handicap | | |
| <input type="checkbox"/> Croyance | | |

Dans la case ci-dessous, expliquez pourquoi vous pensez avoir été victime de discrimination pour le ou les motifs que vous avez cochés :

- Que s'est-il passé ? Quand ? Indiquez les dates lorsque cela est possible.
- Qui y a pris part ? Indiquez les noms au long.
- Expliquez pourquoi, selon vous, il y a un lien entre la façon dont on vous a traité et le ou les motifs que vous avez cochés.

[Empty box for explanation]

Joindre des feuilles supplémentaires au besoin.

Affirmez-vous qu'un ou des articles d'une loi ou d'un règlement entraînent une discrimination aux termes du *Code*?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez expliquer dans la case ci-dessous :

- le ou les articles qui, selon vous, sont discriminatoires;
- les raisons pour lesquelles vous trouvez le ou les articles mentionnés discriminatoires aux termes du *Code*.

Joindre des feuilles supplémentaires au besoin.

Réparation : Dans la case ci-dessous, indiquez quelle mesure vous souhaitez que le TAS prenne s'il conclut que vous avez été victime de discrimination au regard du *Code*.

Joindre des feuilles supplémentaires au besoin.

Partie 3 : Signature

Appelant(e) Représentant(e) de l'appelant(e)

| | |
|-------------|--------|
| Nom : | |
| Signature : | Date : |

Collecte de renseignements personnels : Le Tribunal de l'aide sociale (TAS) recueille les renseignements personnels demandés dans ce formulaire conformément à la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au Travail* ou à la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*. Ils serviront aux fins de l'appel et seront communiqués aux parties. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le tribunal au 1-800-753-3895.

v. 2023/11