

**ACCESSIBILITY FEEDBACK FORM – CUSTOMER SERVICE**

Community Living – Stormont County is committed to providing accessible customer service. We welcome your comments to help us monitor and improve our services and your experiences. Please take a few minutes to complete this survey.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Time of your Visit: | | | | Date: | | | | |
| What was the purpose of your visit? | | | | | | | | |
| **WHICH DEPARTMENT WERE YOU ACCESSING?** | | | | | | | | |
| **❑** | **Administration** | **❑** | **Community Support Services** | | **❑** | **Passport Program** | | |
| **❑** | **Administrative Services** | **❑** | **Developmental Service Supportive Living** | | **❑** | **Early Childhood Integration Consultation Service (E.C.I.C.S)** | | |
| **❑** | **Reception** |  | | | | | | |
| Was the service provided to you in an accessible manner/format? | | | | | | | YES ❑ | NO ❑ |
|  | | | | | | | | |
| Please provide details regarding your customer service experience: | | | | | | | | |
| Did you encounter any barriers or difficulties accessing services? | | | | | | | YES ❑ | NO ❑ |
|  | | | | | | | | |
| Did we respond to your customer service needs? | | | | | | | YES ❑ | NO ❑ |
|  | | | | | | | | |
| Do you wish to be contacted regarding your customer service experience? | | | | | | | YES ❑ | NO ❑ |
| If so, please provide the following information: Are you a: ❑ Service User ❑ Family Member ❑ Other | | | | | | | | |
| First Name: | | | | | | | | |
| Last Name: | | | | | | | | |
| Street Address | | | | | | | | |
| Town | | | | | | | | |
| Daytime Phone Number: | | | Evening Phone Number: | | | | | |
| E-Mail Address: | | | | | | | | |
| How would you like to be contacted? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

This form can be mailed, e-mailed, faxed or hand-delivered to the following:

**Community Living – Stormont County – Accessibility Feedback**

**Mail**: 280 Ninth St. West, Cornwall, Ontario K6J 3A6

**E-Mail**: [j.helmer@clstormont.ca](mailto:j.helmer@clstormont.ca) **Fax**: 613-938-2033

**In Person**: 280 Ninth St. West

Community Living – Stormont County will respond to your feedback within ten business days outlining action(s) to be taken.

Personal information contained on this form is collected pursuant to Ontario Regulation 429/07, the Accessibility Standards for Customer Service and will be used for the purpose of responding to your comments or request. Revised 11 23 2022



**ACCESSIBILITY FEEDBACK FORM – CUSTOMER SERVICE**

Intégration Communautaire-comté de Stormont s’engage à fournir un service à la clientèle accessible. Vos commentaires sont les bienvenus pour nous aider à surveiller et à améliorer nos services et vos expériences.

Veuillez prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Heure de votre visite: | | | | Date: | | | | |
| Quel était le but de votre visite? | | | | | | | | |
| **A QUEL SERVICE VOUS ETESVOUS ADRESSE?** | | | | | | | | |
| **❑** | **Administration** | **❑** | **Services de soutien communautaire** | | **❑** | **Programme Passeport** | | |
| **❑** | **Services Administrative** | **❑** | **Services de soutien à l’autonomie** | | **❑** | **Service de consultation en intégration de la petite enfance (S.C.I.P.E.)** | | |
| **❑** | **Réception** |  | | | | | | |
| Le service vous a-t-il été fourni d’une manière ou sous une forme accessible? | | | | | | | QUI ❑ | NON ❑ |
|  | | | | | | | | |
| Veuillez fournir des détails concernant votre expérience du service à la clientèle: | | | | | | | | |
| Avez-vous rencontré des obstacles ou des difficultés pour accéder aux services? | | | | | | | QUI ❑ | NON ❑ |
|  | | | | | | | | |
| Avons-nous répondu à vos besoins en matière de service à la clientèle? | | | | | | | QUI ❑ | NON ❑ |
|  | | | | | | | | |
| Souhaitez-vous être contacté(e) au sujet de votre expérience du service à la clientèle? | | | | | | | QUI ❑ | NON ❑ |
| Si oui, veuillez fournir les informations suivantes: ❑ Êtes-vous un: ❑ Membre de la famille ❑ Autre | | | | | | | | |
| Prénom: | | | | | | | | |
| Nom: | | | | | | | | |
| Adresse municipal | | | | | | | | |
| Ville: | | | | | | | | |
| Numéro de téléphone (en journée): | | | Numéro de téléphone (en soirée) | | | | | |
| Adresse de courriel: | | | | | | | | |
| Comment souhaitez-vous être contacté (e)? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

Ce formulaire peut être envoyé par la poste, par courriel, par télécopieur ou remis en main propre des façons suivantes:

**Intégration Communautaire – Comté de Stormont – Rétroaction sur l’accessibilité**

**Par courrier**: 280, neuvième rue ouest, Cornwall, Ontario K6J 3A6

**Par courriel**: [j.helmer@clstormont.ca](mailto:j.helmer@clstormont.ca) **Par télécopieur**: 613-938-2033

**En personne**: 280, neuvième rue ouest, Cornwall, Ontario

Intégration Communautaire – comté de Stormont répondra à vos commentaires dans les dix jours ouvrables, en indiquant les mesures à prendre. Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire sont recueillis conformément au Règlement de l’Ontario 429/7, “Normes d’accessibilité pour les servies à la clientèle”, et seront utilisés dans le but de répondre à vos commentaires ou à votre demande.

Revised 11 23 2022