

**FORMULAIRE DE RÉTROACTION SUR L'ACCESSIBILITÉ - SERVICE À LA CLIENTÈLE**

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? | | | | | | |
| **À QUEL SERVICE VOUS ÊTES-VOUS ADRESSÉ?** | | | | | | |
| **❑ Administration**  **❑ Services administratifs**  **❑  Réception** | **❑ Liens communautaires**  **❑ Logements résidentiels** | | | **❑ Programme Passeport**  **❑ Programme « Créer des liens d’amitié »**  **❑ Service de consultation en intégration de la petite enfance (S.C.I.P.E.)** | | |
| Le service vous a-t-il été fourni d'une manière ou sous une forme accessible? | | | | | OUI ❑ | 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? | | | | | OUI ❑ | NON ❑ |
|  | | | | | | |
| Avons-nous répondu à vos besoins en matière de service à la clientèle? | | | | | OUI ❑ | NON ❑ |
|  | | | | | | |
| Souhaitez-vous être contacté(e) au sujet de votre expérience du service à la clientèle? | | | | | OUI ❑ | NON ❑ |
| Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :  Êtes-vous un : ❑ Utilisateur de service ❑ Membre de la famille ❑ Autre | | | | | | |
| Prénom : | | | | | | |
| Nom : | | | | | | |
| Adresse municipale : | | | | | | |
| 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, rue Ninth Ouest, Cornwall (ON) K6J 3A6

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

**En personne :** 280, rue Ninth Ouest

**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 429/07*, « Normes d'accessibilité pour les services à la clientèle », et seront utilisés dans le but de répondre à vos commentaires ou à votre demande.**