Renseignez autant d’informations que possible dans chaque section. Si vous renvoyez le formulaire par courrier ou par fax, utilisez un stylo à encre noire ou bleue.

**Section 1- Personne qui dépose la plainte :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de la personne qui dépose la plainte :  | Prénom Nom de famille | Anonyme [ ]  |
| Numéro de téléphone (###) ###-#### :  | (   )    -     |
|  E-mail :  |      @       |
| Rôle de la personne qui dépose la plainte :  | Choisir un élément. |
| Si vous choisissez « Autre », expliquez votre rôle : |       |

**Section 2- Réclamation :**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de l’incident (mm/jj/aaaa) : |   /  /     |
| Heure de l’incident : |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Comportement désobligeant ou perturbateur | [ ]  Le participant ne sait pas comment utiliser ses prestations |
| [ ]  A tenu des propos ou fait des gestes grossiers | [ ]  Le producteur a facturé une taxe |
| [ ]  Menaces de violences ou d’abus physiques | [ ]  Le producteur n’a pas accepté les prestations WIC CVB, FMNP ou SFMNP |
| [ ]  Le marché était en rupture de stock de fruits et légumes | [ ]  Le fournisseur est un intermédiaire, pas un producteur |
| [ ]  Discrimination fondée sur la race, la couleur de peau, l’origine nationale, le sexe (y compris l’identité de genre et l’orientation sexuelle), le handicap, l’âge |
| [ ]  Autre (veuillez préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte. |

**Décrivez l’incident en détails ci-dessous. Utilisez des pages supplémentaires au besoin.**

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Section 3- Personne, marché ou centre faisant l’objet de la plainte :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom  | Prénom Nom de famille |
| Dans le cas d’un participant au WIC, identifiant WIC : |       | Identifiant WIC inconnu [ ]  |
| Nom du marché ou du centre :  |       |
| Adresse :  | Ligne d’adresse 1 Ligne d’adresse 2 |
| Ville, État, Code postal : | Ville, État, Code postal |
| Numéro de téléphone (###) ###-#### :  | (   )    -     |

**Section 4- Personne qui enregistre la plainte :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :  | Prénom Nom de famille |
| Date (mm/jj/aaaa) : |   /  /     |
| Heure : |       |
| Numéro de téléphone (###) ###-#### :  | (   )    -     |

Vous pouvez communiquer votre signalement au programme WIC de l’État de Washington par téléphone. Composez le 1-800-841-1410, poste 2, sélectionnez l’option 2 pour joindre le personnel du Farmers Market Nutrition Program (programme de nutrition du marché des producteurs).

DOH 964-001 August 2024 French

Renvoyez le formulaire par e-mail, par courrier ou par fax à :

WIC FMNP Coordinator

Washington WIC Program

PO Box 47886

Olympia, WA 98504-7886

Fax : 360-236-2345 / E-mail : FMNPteam@doh.wa.gov

Cette institution est un prestataire qui adhère au principe de l’égalité des chances.

Le WIC de Washington ne fait pas de discrimination.

Pour demander ce document dans un autre format, appelez le 1-800-841-1410.

Nos clients sourds ou malentendants peuvent composer le 711 (Washington Relay)

ou nous écrire à l’adresse wic@doh.wa.gov.