

**PLAN D’ACTION POUR LA LANGUE INUIT**

**DIRECTIVES**

Les sections suivantes sont organisées conformément aux différentes obligations linguistiques. Pour chaque obligation, vous devrez remplir une **évaluation** et décrire les **initiatives** de votre organisme.

L’**évaluation** décrit les activités de votre organisme et sa capacité à fournir des services dans la langue inuit à la date à laquelle le plan d’action pour la langue inuit est soumis. Cela procure au commissaire aux langues le contexte nécessaire pour évaluer votre plan d’action pour la langue inuit. Selon l’évaluation, vous devrez planifier vos **initiatives** de manière à répondre à vos obligations relatives à la langue inuit. Chaque section nécessitera une description des mesures que votre organisme envisage de réaliser et de l’échéancier pour la mise en œuvre de ces mesures et actions. Si votre organisme a déjà réalisé certaines étapes pour remplir ses obligations, cela peut être indiqué dans la section « Mesures/actions », en inscrivant « terminé » sous « Date limite ».

Veuillez soumettre le présent document au Bureau du commissaire aux langues :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Courriel**  [langcom@langcom.nu.ca](mailto:langcom@langcom.nu.ca) | **Courrier**  C.P. 309  Iqaluit (Nunavut)  X0A 0H0 | **Télécopieur**  867-979-7969 |

Si vous avez des questions à propos du présent formulaire ou du processus, veuillez communiquer avec nous par courriel à [langcom@langcom.nu.ca](mailto:langcom@langcom.nu.ca) ou par téléphone au 867-975-5080 ou au 1-877-836-2280 (sans frais).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. RENSEIGNEMENTS À PROPOS DE L’ORGANISME | | | |
| Nom de l’organisme : | | | |
| Type d’entité : | Personne morale  Société en nom collectif  Syndicat  Entreprise à propriétaire unique | Société  Municipalité  Association  Coopérative | Institution du gouvernement fédéral  Autre  Veuillez préciser : |
| Nombre de bureaux : |  | | |
| Emplacements des bureaux : |  | | |
| Quel est le secteur d’activités de votre organisme ? |  | | |
| Décrivez les services que votre organisme offre au public : |  | | |
| Votre organisme est-il actuellement doté de politiques concernant les communications avec le public ou la prestation de services au public en langue inuit ? |  | | |
| Quelles sont les pratiques actuelles de votre organisme concernant la communication avec le public ou la prestation de services au public en langue inuit ? |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| COORDONNÉES | |
| Nom de la personne-ressource : | |
| Adresse postale : | |
| Téléphone : | Télécopieur : |
| Courriel : | Sites Web : |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. OBLIGATIONS POUR TOUS LES ORGANISMES | | | | |
| PANNEAUX ET ENSEIGNES | | | | |
| Évaluation | | | | |
| Lorsque la langue inuit est au moins aussi en évidence que le texte en toute autre langue qui pourrait être utilisée, indiquez un (+); sinon, indiquez un (-). | | | | |
|  | Toujours disponible(s) | Parfois disponible(s) | Jamais disponible(s) | Sans objet |
| Panneaux et enseignes sur les immeubles |  |  |  |  |
| Enseignes sur les véhicules |  |  |  |  |
| Enseignes des heures d’ouverture |  |  |  |  |
| Enseignes de stationnement |  |  |  |  |
| Enseignes directionnelles |  |  |  |  |
| Enseignes indiquant des services ou des groupes de produits |  |  |  |  |
| Signaux de sortie |  |  |  |  |
| Signaux d’urgence |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Initiatives | |
| Mesures/actions | Date visée |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| AFFICHES ET PUBLICITÉS COMMERCIALES | | | | |
| Évaluation | | | | |
| Lorsque la langue inuit est au moins aussi en évidence que le texte en toute autre langue qui pourrait être utilisée, indiquez un (+); sinon, indiquez un (-). | | | | |
|  | Toujours disponible(s) | Parfois disponible(s) | Jamais disponible(s) | Sans objet |
| Affiches |  |  |  |  |
| Circulaires et brochures |  |  |  |  |
| Matériel promotionnel |  |  |  |  |
| Publicités radiodiffusées |  |  |  |  |
| Publicités télévisées |  |  |  |  |
| Publicités dans les journaux |  |  |  |  |
| Publicités ou publications dans les médias sociaux |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Initiatives | |
| Mesures/actions | Date visée |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SERVICES D’ACCUEIL ET SERVICES À LA CLIENTÈLE OU AUX USAGERS | | | | |
| Évaluation | | | | |
|  | Toujours disponible(s) | Parfois disponible(s) | Jamais disponible(s) | Sans objet |
| Correspondance |  |  |  |  |
| Accueil des clients – En personne |  |  |  |  |
| Accueil des clients – Par téléphone |  |  |  |  |
| Messages d’accueil de la boîte vocale |  |  |  |  |
| Services à la clientèle ou aux usagers en ligne |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |
| PERSONNEL | TOTAL | | LOCUTEURS DE LA LANGUE INUIT | |
| Nombre d’employés de votre organisme |  | |  | |
| Nombre d’employés fournissant les services d’accueil |  | |  | |
| Nombre d’employés fournissant les services à la clientèle ou aux usagers |  | |  | |

Services d’accueil et services à la clientèle ou aux usagers

|  |  |
| --- | --- |
| Initiatives | |
| Mesures/actions | Date visée |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. OBLIGATIONS DES ORGANISMES FOURNISSANT DES SERVICES PARTICULIERS | |
| Offrez-vous des services essentiels comme des interventions de secours ou de sauvetage, ou des services ou interventions d’urgence semblables, y compris les services d’admission ou de répartition ? | Oui  Non |
| Offrez-vous des services de santé, médicaux ou pharmaceutiques ? | Oui  Non |
| Offrez-vous des services aux ménages et des services d’hébergement ou d’accueil, y compris des services de restauration, d’hôtellerie, d’hébergement ou d’habitation, ainsi que des services en établissement ? | Oui  Non |
| Offrez-vous des services de base pour les ménages, y compris la distribution d’électricité, de combustible et d’eau ainsi que des services de télécommunications ? | Oui  Non |
| **Si vous avez répondu « oui » à l’une des questions précédentes**, vous devez remplir tous les tableaux de la présente section. Si vous avez répondu « non », passez à la section 4. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Avis, mises en garde ou directives | | | | |
| Évaluation | | | | |
|  | Toujours disponible(s) | Parfois disponible(s) | Jamais disponible(s) | Sans objet |
| Avis |  |  |  |  |
| Mises en garde |  |  |  |  |
| Menus de restaurant |  |  |  |  |
| Directives dans les chambres d’hôtel |  |  |  |  |
| Les directives relatives à la consommation de médicaments |  |  |  |  |
| Directives relatives à des services |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |

Avis, mises en garde ou directives

|  |  |
| --- | --- |
| Initiatives | |
| Mesures/actions | Date visée |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Comptes mensuels, factures et réclamations semblables | | | | |
| Évaluation | | | | |
|  | Toujours disponible(s) | Parfois disponible(s) | Jamais disponible(s) | Sans objet |
| Comptes mensuels |  |  |  |  |
| Factures |  |  |  |  |
| Comptes mensuels de distribution d’eau |  |  |  |  |
| Comptes mensuels de distribution de combustible |  |  |  |  |
| Comptes mensuels de services de télécommunications |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |

Comptes mensuels, factures et réclamations semblables

|  |  |
| --- | --- |
| Initiatives | |
| Mesures/actions | Date visée |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. COMMUNICATION DU PLAN |
| De quelle façon informerez-vous vos clients à propos du plan d’action pour la langue inuit ? |
|  |
| De quelle façon direz-vous à vos clients qu’ils peuvent communiquer avec vous en langue inuit ? |
|  |

J’atteste que les renseignements fournis dans la présente demande et tous les autres documents joints sont exacts et véridiques à tous les égards. Je comprends qu’une approbation du plan d’action pour la langue inuit obtenue sur la base de renseignements inexacts ou faux peut être révoquée.

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_