Santé Québec

☐ **Plainte**
☐ **Signalement**

FORMULAIRE D'INSATISFACTION

VEUILLEZ COCHER LA CASE DU TERRITOIRE ET DE L'INSTALLATION VISÉS				
Territoire :	☐ Kamouraska ☐ Les Basques	☐ La Matanie ☐ Rimouski-Neigette	☐ La Matapédia ☐ Rivière-du-Loup	☐ La Mitis ☐ Témiscouata
Installation : ☐ Centre hospitalier ☐ CLSC ☐ Centre d'hébergement ☐ Déficience physique ☐ Dépendance ☐ CPEJ ☐ DI-TSA-DP ☐ Rés. privées aînés (précisez) : _____ RI/RTF (précisez) : _____ Organismes communautaires (précisez) : _____ Services ambulanciers (précisez) : _____				

IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Nom :	Prénom :		
Adresse : No :	Rue :	Ville :	Code postal :
No de téléphone : Résidence :	Travail :	Cellulaire :	
Date de naissance :	Lieu où l'usager peut être joint dans l'établissement (No chambre/local) :		
Adresse électronique (courriel) :	Numéro RAMQ :		

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER OU DE LA PERSONNE QUI ASSISTE L'USAGER (S'IL Y A LIEU)			
Si, conformément à la loi, l'usager est représenté ou assisté (par une autre personne que le représentant de l'usager ou d'un intervenant) dans la formulation de la présente plainte, l'identification de son représentant ou de la personne qui l'assiste, est requise.			
Cochez la case appropriée : ☐ Représentant de l'usager ☐ Personne qui assiste			
Nom :	Prénom :		
Adresse : No :	Rue :	Ville :	Code postal :
No de téléphone : Résidence :	Travail :	Cellulaire :	
Adresse électronique (courriel) :	Lien de parenté avec l'usager :		

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSÉ DES FAITS

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSÉ DES FAITS (SUITE)

QUELLES SONT VOS ATTENTES À LA SUITE DE CETTE DÉMARCHE

DATE (Année/mois/jour)	HEURE	SIGNATURE DE L'USAGER

DATE (Année/mois/jour)	HEURE	SIGNATURE DU REPRÉSENTANT OU DE LA PERSONNE QUI ASSISTE

Pour information supplémentaire, veuillez composer le 1 844 255-7568

VOUS POUVEZ TRANSMETTRE VOTRE FORMULAIRE DE DÉCLARATION PAR LA POSTE
À L'ATTENTION DU
COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
287, RUE PIERRE-SAINDON, 3e ÉTAGE, C. P. 3500, RIMOUSKI (QUÉBEC) G5L 8V5 OU
PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE plaintes.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca