

VEUILLEZ COCHER LA CASE DU TERRITOIRE ET DE L'INSTALLATION VISÉS

Territoire :	<input type="checkbox"/> Kamouraska	<input type="checkbox"/> La Matanie	<input type="checkbox"/> La Matapédia	<input type="checkbox"/> La Mitis	
	<input type="checkbox"/> Les Basques	<input type="checkbox"/> Rimouski-Neigette	<input type="checkbox"/> Rivière-du-Loup	<input type="checkbox"/> Témiscouata	
Installation :	<input type="checkbox"/> Centre hospitalier	<input type="checkbox"/> CLSC	<input type="checkbox"/> Centre d'hébergement	<input type="checkbox"/> Déficience physique	<input type="checkbox"/> Dépendance
	<input type="checkbox"/> CPEJ	<input type="checkbox"/> DI-TSA-DP	<input type="checkbox"/> Rés. privées aînés (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> RI/RTF (précisez) : _____	
	<input type="checkbox"/> 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'utilisateur 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'utilisateur est représenté ou assisté (par une autre personne que le représentant de l'utilisateur 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 : <input type="checkbox"/> Représentant de l'utilisateur <input type="checkbox"/> 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'utilisateur :		

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSÉ DES FAITS

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

QUELLES SONT VOS ATTENTES SUITE À 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, 3^e ÉTAGE, C. P. 3500, RIMOUSKI (QUÉBEC) G5L 8V5
OU PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE : plaintes.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca