

FORMULAIRE DE DÉCLARATION

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

Territoire : Kamouraska La Matanie La Matapédia La Mitis
 Les Basques Rimouski-Neigette Rivière-du-Loup 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) : _____

SIGNALEMENT MALTRAITANCE

Motif : Matériel ou financier Organisationnel (soins et services) Physique Psychologique
 Sexuel Discrimination et âgisme Violation des droits

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 du dossier de l'utilisateur : _____

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 : Représentant de l'utilisateur Personne qui assiste

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : No : _____ Rue : _____ Ville : _____ Code postal : _____
Lien de parenté avec l'utilisateur (s'il y a lieu) : _____ No de téléphone : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSÉ DES FAITS

Verso →

Suite de la description de l'événement ou de l'exposé des faits si nécessaire ↓

QUELLES SONT VOS ATTENTES SUITE À CETTE DÉMARCHÉ ?

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

SECTION RÉSERVÉE AU COMMISSAIRE ET AUX COMMISSAIRES ADJOINTS AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	
<input type="checkbox"/> Plainte <input type="checkbox"/> Assistance <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Intervention	No de dossier :
Reçu par :	
Mode de dépôt : <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Verbal	
Date de réception (AA/MM/JJ) :	

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
75, RUE SAINT-HENRI, RIVIÈRE-DU-LOUP (QUÉBEC) G5R 2A4
OU PAR COURRIEL À L'ADRESSE SUIVANTE : plaintes.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca**

