Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Québec

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'usager peut être joint dans l'établissement (No chambre/local) :

Adresse électronique (courriel) : **Numéro du dossier de l'usager :**

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 :

Lien de parenté avec l'usager (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 DÉMARCHE ?

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	
□ Plainte □ Assistance □ Consultation □ Intervention	**No de dossier :**
Reçu par :	
Mode de dépôt : □ Écrit □ 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
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