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

FORMULAIRE D'INSATISFACTION

□ Plainte
□ Signalement

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) : _____

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 légal 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

Verso →

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