

Date du signalement : \_\_\_\_\_  
Nom de l'utilisateur : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Cet usager **est protégé** par une mesure de protection légale ou un mandat de protection homologué

Comme stipulé dans La Loi pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées et toute personne majeure en situation de vulnérabilité, je procède ce jour à un signalement sur une situation de :

- Maltraitance psychologique       Maltraitance organisationnelle       Violation des droits  
 Maltraitance physique       Âgisme  
 Maltraitance sexuelle       Maltraitance matérielle ou financière

**Signalement obligatoire :** Milieu de vie où réside l'utilisateur (RI, RTF, RPA, CHSLD ou domicile) et nom de la ressource, s'il y a lieu :

**Signalement non obligatoire :** Autorisé par l'utilisateur  Sans l'autorisation de l'utilisateur

Synthèse de la situation :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Une prise en charge par l'intervenant est en cours afin de contrer la situation de maltraitance et le **gestionnaire est informé de la situation.**

Pour le moment :

Aucune intervention n'est attendue par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Mentionner les mesures prises pour faire cesser la maltraitance :

---

---

---

---

---

---

Nom de l'intervenant pivot : \_\_\_\_\_  
Nom du service/programme : \_\_\_\_\_  
Nom de la MRC : \_\_\_\_\_  
Nom du gestionnaire : \_\_\_\_\_

Nom de la personne qui fait le signalement : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_  
Titre d'emploi : \_\_\_\_\_  
Installation : \_\_\_\_\_  
Programme clinique : \_\_\_\_\_  
No téléphone : \_\_\_\_\_

**N. B. Ce formulaire doit être acheminé par courriel à : [plaintes.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:plaintes.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca)**