

FORMULAIRE DE PLAINTE

Avant de rédiger votre insatisfaction, vous êtes invité(e)
à en parler au soignant concerné ou à son supérieur.

Les renseignements communiqués sont **CONFIDENTIELS**.

Identification de l'utilisateur

Prénom et nom

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone (domicile)

Téléphone (autre)

Installation concernée

Chambre

Numéro de dossier médical de l'utilisateur (si possible)

Date de naissance

Si conformément à la loi, l'utilisateur est représenté dans la formulation de la présente plainte, l'identification de son représentant (autre qu'une personne qui assiste l'utilisateur ou qu'un intervenant) est requise :

Identification du représentant de l'utilisateur (s'il y a lieu)

Prénom et nom

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone (domicile)

Téléphone (autre)

Lien avec l'utilisateur

Représentant légal

oui

non

La plainte – description sommaire de votre insatisfaction

La plainte – description sommaire de votre insatisfaction (suite)

Si l'espace est insuffisant, annexer des feuilles supplémentaires.

Les attentes de l'utilisateur

Signature de la personne qui dépose la plainte

Date

Je désire être informé(e) des conclusions par courriel

Adresse courriel : _____

Faire parvenir votre formulaire signé au commissariat aux plaintes et à la qualité des services

Par courriel : commissaire.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca

Par télécopieur : 450 462-7979

Par la poste : Commissariat aux plaintes et à la qualité des services
CISSS de la Montérégie-Centre
3120, boulevard Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1

Numéros de téléphone pour joindre les bureaux du commissariat aux plaintes et à la qualité des services

450 466-5434 ou sans frais au 1 866 967-4825, poste 8884