



## Formulaire de plainte ou d'insatisfaction

Les renseignements personnels communiqués sont CONFIDENTIELS

Bureau du commissaire aux plaintes  
et à la qualité des services

### 1. IDENTIFICATION DE L'USAGER

PRÉNOM :	NOM :	
ADRESSE (numéro, rue et municipalité) :		
PROVINCE :	PAYS :	CODE POSTAL :
TÉLÉPHONE :	POSTE :	CELLULAIRE :
COURRIEL :		
DATE DE NAISSANCE (année-mois-jour) :	NO. DE DOSSIER DE L'USAGER (si connu) :	

### 2. IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER (s'il y a lieu)

SI, CONFORMÉMENT À LA LOI, L'USAGER EST REPRÉSENTÉ OU ASSISTÉ DANS LA FORMULATION DE LA PRÉSENTE DÉCLARATION, L'IDENTIFICATION DE SON REPRÉSENTANT OU DE LA PERSONNE QUI L'ASSISTE EST REQUISE.

PRÉNOM :	NOM :	
ADRESSE (numéro, rue et municipalité) :		
PROVINCE :	PAYS :	CODE POSTAL :
TÉLÉPHONE :	POSTE :	CELLULAIRE :
COURRIEL :		
COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE :		
<input type="checkbox"/> JE SUIS LE REPRÉSENTANT LÉGAL D'UN USAGER MINEUR		
<input type="checkbox"/> JE SUIS LE REPRÉSENTANT LÉGAL D'UN USAGER INAPTE :		
<input type="checkbox"/> CURATEUR <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/> MANDAT D'INAPTITUDE		
<input type="checkbox"/> AUTRE : _____		
<input type="checkbox"/> J'ASSISTE L'USAGER POUR LE DÉPÔT DE SA DÉCLARATION		
<input type="checkbox"/> AUTRES (préciser le lien avec l'utilisateur) : _____		

### 3. IDENTIFICATION DU LIEU

NOM DE L'INSTALLATION OU SERVICE CONCERNÉ :
DATE DE L'ÉVÉNEMENT (année-mois-jour) :
NOM DE LA PERSONNE CONCERNÉE :

#### 4. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSÉ DES FAITS

DÉCRIVEZ, EN QUELQUES LIGNES, L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSEZ LES FAITS :

#### 5. VOS ATTENTES OU RÉSULTATS ATTENDUS

PRÉSENTEZ, EN QUELQUES LIGNES, VOS ATTENTES OU RÉSULTATS ATTENDUS :

#### 6. SIGNATURE DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT

JE CONSENS À CE QU'UN MEMBRE DU BUREAU DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES EXAMINE MON DOSSIER ET QUE L'INFORMATION PERTINENTE SOIT TRANSMISE AUX GESTIONNAIRES CONCERNÉS.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT

\_\_\_\_\_  
DATE (année-mois-jour)

### Faites parvenir votre formulaire signé

À L'UN OU L'AUTRE DES POINTS DE SERVICE (selon le territoire concerné)

POUR LES MRC DES APPALACHES, BEAUCE-SARTIGAN, ROBERT-CLICHE, ETCHEMINS ET NOUVELLE-BEAUCE	POUR LA VILLE DE LÉVIS, LES MRC DE LOTBINIÈRE, MONTMAGNY, L'ISLET ET BELLECHASSE
<p><b>Commissaire aux plaintes et à la qualité des services CISSS de Chaudière-Appalaches</b> 1637, rue Notre-Dame Est Thetford Mines (Québec) G6G 2V3 Par télécopieur : 1 418 338-7736 Par courriel : <a href="mailto:commissaire.cisss-ca@ssss.gouv.qc.ca">commissaire.cisss-ca@ssss.gouv.qc.ca</a> Téléphone : 1 877 986-3587</p>	<p><b>Commissaire adjoint aux plaintes et à la qualité des services CISSS de Chaudière-Appalaches</b> 55, rue du Mont-Marie Lévis (Québec) G6V 0B8 Par télécopieur : 1 418 380-6318 Par courriel : <a href="mailto:commissaire.cisss-ca@ssss.gouv.qc.ca">commissaire.cisss-ca@ssss.gouv.qc.ca</a> Téléphone : 1 877 986-3587</p>

#### SECTION RÉSERVÉE AU BUREAU DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

PLAINTÉ  PLAINTÉ MÉDICALE  INTERVENTION  ASSISTANCE  CONSULTATION NO. DE DOSSIER :

REÇU PAR :

MODE DE DÉPÔT :  ÉCRIT  VERBAL

DATE (année-mois-jour) :