

FORMULAIRE DE PLAINTE, INTERVENTION, ASSISTANCE

AUTEUR : Usager Représentant Tiers Précisez : _____ No : _____

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Adresse : _____ Code postal : _____



 Résidence : _____  Autre (précisez) : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Enfant moins de 14 ans Langue communication : F A

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER


Nom : _____ Prénom : _____ Lien : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

 Résidence : _____  Autre (précisez) : _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OU DE L'ORGANISME QUI ASSISTE L'USAGER

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Organisme : _____ 

Adresse : _____ Code postal : _____

EXPOSÉ DES FAITS (situation vécue)

Date de l'événement : _____ Heure : _____ Lieu (site et service) : _____

(Joindre une feuille complémentaire en annexe s'il y a lieu)

VOS ATTENTES

AUTORISATION DE DIVULGATION

Oui Non

J'autorise la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services à transmettre les informations nécessaires aux gestionnaires concernés par ma plainte, et ce, aux seules fins de son traitement. La confidentialité sera préservée tout au long du processus d'analyse de la plainte.

Signature de l'utilisateur ou de son représentant

Date et heure

La qualité des services offerts, ainsi que le respect des droits des usagers sont importants pour nous. Nous vous remercions de porter à notre attention cette situation. Bonne journée !

CETTE PAGE EST COMPLÉTÉE PAR LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES.

	Reçu par :	Date	Heure
<input type="radio"/> Plainte verbale enregistrée et complétée par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services			
<input type="radio"/> Objet de la plainte saisi à la direction générale			
<input type="radio"/> Objet de la plainte transmis au commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services			

Instance (site) : _____	Unité administrative : _____
Mode de dépôt : <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Écrit	Date du dépôt de la plainte : _____
Accusé réception _____	Lettre de conclusion : _____

Plainte/Intervention/assistance/réclamation no : _____	No dossier de l'usager (archives) : _____
Responsable dossier : _____	Cadre responsable concerné : _____

Mission : <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> ME _____ (délai 45 jours) <input type="checkbox"/> CHSLD	Objet : <input type="checkbox"/> Accessibilité et continuité _____ <input type="checkbox"/> Soins et services dispensés _____ <input type="checkbox"/> Relations interpersonnelles _____ <input type="checkbox"/> Organisation milieu/ressources matérielles _____ <input type="checkbox"/> Aspect financier _____ <input type="checkbox"/> Droits particuliers _____ <input type="checkbox"/> Autres objets _____
<input type="checkbox"/> Plainte (CLPOS) <input type="checkbox"/> Intervention <input type="checkbox"/> Réclamation <input type="checkbox"/> Plainte médicale (ME) <input type="checkbox"/> Assistance	

NIVEAU DE TRAITEMENT

TYPE D'ACTION

MESURE CORRECTIVE

RECOMMANDATION

SUIVI DE RECOMMANDATION OU D'ENGAGEMENT _____

Recommandation accueillie favorablement _____

Recommandations accueillie favorablement implantée _____

Recommandations accueillie favorablement et non implantée _____

L'instance refuse de suivre la recommandation _____

L'engagement est mis en œuvre par l'instance _____

Autres _____

DATE PRÉVUE de l'exécution de la recommandation _____ Année /mois/ jour

Signature de la CLPOS _____ Date _____