

RETOURNER À : **Madame Monique R. Lupien**

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
675, rue Saint-Jean-Baptiste, Nicolet (Québec) J3T 1S4

Téléphone : 819 293-2071, poste 52209

: 1-800-263-2572 (sans frais)

Télécopieur : 819 293-6160

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 (CLPQS) <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 _____

<input type="checkbox"/> Recommandation accueillie favorablement	_____
<input type="checkbox"/> Recommandations accueillie favorablement implantée	_____
<input type="checkbox"/> Recommandations accueillie favorablement et non implantée	_____
<input type="checkbox"/> L'instance refuse de suivre la recommandation	_____
<input type="checkbox"/> L'engagement est mis en œuvre par l'instance	_____
<input type="checkbox"/> Autres	_____

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

Signature de la CLPQS _____

Date _____