CHSLD Ste-Monique

FORMULAIRE DE PLAINTE

Objets/motifs de la plainte :

_____

_____

_____

IDENTIFICATION DU RÉSIDENT	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Nº de la chambre : Nº de téléphone :

AUTEUR DE LA PLAINTE	
Nom :	Adresse :
Tél. rés. :	Tél. travail :
Lien avec le résident (s'il y a lieu):	

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT OU DE L'ASSISTANT DU RÉSIDENT (s'il y a lieu)	
Nom :	Adresse :
Tél. rés. :	Tél. travail :
Lien avec le résident (s'il y a lieu):	

EXPOSÉ DES FAITS

RÉSULTATS ATTENDUS

Date : _____

Signature de l'auteur de la plainte: _____

Le formulaire est aussi disponible au www.chsld-ste-monique.com

Vous pouvez transmettre une copie de cette plainte à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services par courriel sécurisé à l'adresse suivante :

commissaire.plainte.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca

Vous pouvez également remettre ce formulaire de plainte directement dans la boîte prévue à cet effet au vestiaire de l'établissement.