

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse (incluant code postal) : _____
Téléphone résidence : _____
Téléphone bureau : _____
Cellulaire : _____
Courriel : _____
Langue parlée : _____

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

(Si conformément à l'article 12 de la Loi, l'utilisateur mineur ou l'utilisateur majeur inapte est représenté dans la procédure d'examen de la plainte, l'identification du représentant est requise.)

Nom et prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse (incluant code postal) : _____
Téléphone résidence : _____
Téléphone bureau : _____
Cellulaire : _____
Courriel : _____
Lien avec l'utilisateur (s'il y a lieu) : _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OU DE L'ORGANISME QUI ASSISTE L'USAGER (s'il y a lieu)

(Si l'utilisateur est assisté dans la procédure d'examen de la plainte, l'identification de la personne ou de l'organisme qui l'assiste est requise.)

Nom et prénom : _____
Organisme : _____
Adresse (incluant code postal) : _____
Téléphone : _____
Courriel : _____
Lien avec l'utilisateur (s'il y a lieu) : _____

PLAINTÉ (Compléter les informations suivantes)

Nom de l'employé concerné : _____
Fonction : _____
Service concerné : _____
Lieu : _____
Date de l'événement : _____
Heure : _____

OBJET DE LA PLAINTÉ

RÉSULTATS ATTENDUS PAR L'USAGER OU SON REPRÉSENTANT

CONSETEMENTS

AUTORISATION DE DIVULGATION : **Oui** **Non**

J'autorise le commissaire aux plaintes et à la qualité des services à transmettre une copie de la présente plainte au gestionnaire concerné par ma plainte, et ce, aux seules fins de son traitement.

ENVOI PAR COURRIEL : **Oui** **Non**

J'affirme que l'envoi de ce formulaire de plainte par courriel atteste que les informations qui y sont inscrites sont vraies.

Signature de l'usager ou de son représentant

Date

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

<input type="checkbox"/> Plainte écrite	<input type="checkbox"/> Assistance	Consignée par : _____
<input type="checkbox"/> Plainte verbale	<input type="checkbox"/> Consultation	Date : _____
<input type="checkbox"/> Plainte médicale	<input type="checkbox"/> Intervention	Signature : _____
		Dossier de plainte numéro : _____

COORDONNÉES DU COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Commissariat aux plaintes et à la qualité des services
2915, avenue du Bourg-Royal, bureau 3005.1
Québec (Québec) G1C 3S2

Adresse électronique : commissaire.plainte.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : 418 691-0762 / Sans frais : 1 844 691-0762

Télécopieur : 418 643-1611