Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

Commissariat aux plaintes et à la qualité des services

FORMULAIRE DE PLAINTE

INSTALLATION

☐ Centre hospitalier ☐ CLSC ☐ CHSLD Eudore-LaBrie ☐ CHSLD Plaisance

☐ Déficience physique ☐ Dépendance ☐ DI-TSA-DP

☐ Résidence privée pour aînés (précisez) : _____ ☐ RI/RTF (précisez) :

☐ Organismes communautaires (précisez) :

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal :

No de téléphone : Travail : Cellulaire :

Date de naissance : Lieu où l'usager peut être joint dans l'établissement (No chambre/local) :

Adresse électronique (courriel) : Numéro RAMQ :

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

Si, conformément à la loi, l'usager est représenté ou assisté (par une autre personne que le représentant de l'usager ou d'un intervenant) dans la formulation de la présente plainte, l'identification de son représentant ou de la personne qui l'assiste est requise.

Cochez la case appropriée : ☐ Représentant légal de l'usager ☐ Personne qui assiste*

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal :

No de téléphone : Résidence : Travail : Cellulaire :

Adresse électronique (courriel) : Lien de parenté avec l'usager :

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSÉ DES FAITS (qui-quoi-comment-où)_

Date : Membre du personnel visé :

Verso →

* Vous pouvez être accompagné dans votre démarche de plainte. Vous pouvez faire appel à ces instances :

- Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS des Îles – 418 986-2121 poste 8501
- Comité des usagers du CISSS des Îles – 418 986-2121 poste 8515
- Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine (CAAP-GÎM) – 418 368-7433
- Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés – 1 888 489-2287

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSÉ DES FAITS (SUITE)

QUELLES SONT VOS ATTENTES À LA SUITE DE CETTE DÉMARCHE

DATE (Année/mois/jour)	HEURE	SIGNATURE DE L'USAGER

DATE (Année/mois/jour)	HEURE	SIGNATURE DU REPRÉSENTANT OU DE LA PERSONNE QUI ASSISTE

CONSENTEMENT

J'autorise le CISSS des Îles à communiquer avec moi par courriel ou par téléphone pour le suivi de ce dossier. Le consentement est valide à partir de la date de signature de ce formulaire. Je sais que le présent consentement peut être annulé de façon verbale ou écrite en tout temps en faisant la démarche auprès de la commissaire aux plaintes ou par courriel sophie-anne.girardin.cisssdesiles@ssss.gouv.qc.ca. ☐ oui ☐ non

Pour information supplémentaire, veuillez composer le 418 986-2121 poste 8501

Vous devez transmettre votre formulaire de déclaration par courriel à la commissaire aux plaintes :

sophie-anne.girardin.cisssdesiles@ssss.gouv.qc.ca