

FORMULAIRE DE PLAINTE

Identification de l'utilisateur ou de son représentant

Prénom et nom de l'utilisateur : _____

Adresse complète : _____

No de téléphone : _____ No de chambre (le cas échéant) : _____

Identification de la personne ou de l'organisme d'assistance et d'accompagnement*

Prénom et nom de la personne : _____

Adresse complète : _____

No de téléphone : _____

Renseignements relatifs à la plainte

Date à laquelle s'est produit l'incident relatif à la plainte : _____

L'objet de l'insatisfaction (Pourquoi êtes-vous mécontent de la situation?) :

* Vous pouvez être assisté et accompagné dans le cadre de votre démarche de plainte. Vous pouvez faire appel :

À la personne de votre choix

Au Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
330, ch. Principal, bureau 307
Cap-aux-Meules, G4T 1C9
986-4444

Au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS des Îles
430, ch. Principal
Cap-aux-Meules, G4T 1R9
986-2121, poste 8014

L'exposé des faits (Expliquez ce qui s'est passé. Donnez surtout des faits.) :

Les résultats attendus (Quel(s) objectif(s) poursuivez-vous par cette démarche?) :

Date : _____ Signature : _____

Section réservée à l'administration

Date de réception :	_____	No de dossier :	_____
Date d'envoi de l'accusé réception	_____		

P.S. N'hésitez pas à utiliser des pages supplémentaires si nécessaire.



COMPLAINT FORM

Identification of user or his representative

Name : _____

Address : _____

Phone number : _____ Room number (if it's pertinent) : _____

Identification of the person or the assistance and support organization[†]

Person's Name : _____

Address : _____

Phone number : _____

Information about the complaint

Day when incident happen : _____

The object of unsatisfiedness (Why are you disgruntled of the situation?) :

[†] You can be assist in all the complaint process. You can be assist by :

The person of your choice

The Centre d'assistance et
d'accompagnement aux
plaintes Gaspésie-Îles-de-la-
Madeleine
330, ch. Principal, bureau 307
Cap-aux-Meules, G4T 1C9
986-4444

The Local Complaints and
Quality of services of
CSSS des Îles
430, ch. Principal
Cap-aux-Meules, G4T 1R9
986-2121, ext. 8014

Factual argument (Explain what happen. Give facts.) :

Results (Which objective do you wish to obtain by this process?) :

Date : _____ Signature : _____

For administration

Date received : _____ File number : _____
Mailing date of _____
Acknowledgement of receipt : _____

P.S. Do not hesitate to use additional pages if necessary.