****

FORMULAIRE DE PLAINTE

**Avant de rédiger votre insatisfaction, vous êtes invité(e)**

**à en parler au soignant concerné ou à son supérieur.**

Les renseignements communiqués sont **CONFIDENTIELS.**

 **Identification de l’usager**

|  |
| --- |
| Prénom et nom  |
| Adresse  Ville Code postal   |
| Téléphone (domicile) Téléphone (autre)    |
| Installation concernée Chambre   |
| Numéro de dossier médical de l’usager (si possible) Date de naissance  |

Si conformément à la loi, l’usager est représenté dans la formulation de la présente plainte, l’identification de son représentant (autre qu’une personne qui assiste l’usager ou qu’un intervenant) est requise :

 **Identification du représentant de l’usager (s’il y a lieu)**

|  |
| --- |
| Prénom et nom   |
| Adresse complète  |
| Téléphone (domicile) Téléphone (autre)   |
| Lien avec l’usager Représentant légal oui □ non □ |

 **La plainte – description sommaire de votre insatisfaction**

|  |
| --- |
| Cliquez ici pour entrer du texte. |

 **La plainte – l’exposé des faits**

|  |
| --- |
|  Cliquez ici pour entrer du texte. Si l’espace est insuffisant, annexer des feuilles supplémentaires. |

 **Les attentes de l’usager**

|  |
| --- |
| Cliquez ici pour entrer du texte. |

 **Signature de la personne qui dépose la plainte Date**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Je désire être informé(e) des conclusions par courriel**

Adresse courriel : ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Faire parvenir votre formulaire signé au commissariat aux plaintes et à la qualité des services**

**Par courriel : commissaire.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca**

**Par télécopieur : 450 462-7979**

**Par la poste : Commissariat aux plaintes et à la qualité des services**

**CISSS de la Montérégie-Centre**

**3120, boulevard Taschereau**

**Greenfield Park (Québec) J4V 2H1**

**Numéros de téléphone pour joindre les bureaux du commissariat aux plaintes et à la qualité des services**

**450 466-5434 ou sans frais au 1 866 967-4825, poste 8884**