Formulaire de plainte

ORGANISME CONCERNÉ :

Une plainte peut être déposée par un usager ou son représentant. Précisez le statut de l'auteur de la plainte :

☐ usager ou ☐ représentant

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : Prénom :
Adresse :
Municipalité : Code postal :
Téléphone :

MOTIF(S) DE LA PLAINTE

☐ Plainte concernant l'accessibilité aux services
☐ Plainte concernant la qualité des services
☐ Plainte de nature médicale (concerne un médecin, dentiste ou pharmacien)
☐ Autre : _____

Cette lettre vous est adressée à titre de (Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services/Protecteur du citoyen) _____

de (Nom de l'établissement) _____.

Par la présente, je souhaite porter à votre attention à des éléments que je considère inacceptable et qui concerne (Ex : la qualité des soins) _____

_____.

OBJET(S) DE LA PLAINTE (MOTIFS) :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ATTENTE(S) SUITE À CETTE PLAINTE :

Signature : _____ Date : _____

Si l'usager est assisté dans la formulation de sa plainte, l'identification de la personne qui l'assiste est requise (ex. : CAAP, Organisme de défense, autre).

Nom : CAAP – Île de Montréal, (Nom du conseiller) Téléphone : 514-861-5998
Adresse : 7333 St-Denis, Montréal (QC) H2R 2E5