

Formulaire de plainte / Complaint Form

Identification de l'utilisateur / User Identification

Nom / Surname _____ Prénom / Name _____

Téléphone résidence / Home Phone _____

Téléphone secondaire / Secondary Phone _____

Adresse / Address _____

Ville / City _____ Code postal / Postal Code _____

Numéro de chambre (si applicable) / Room number (if applicable) _____

Numéro de dossier / File number _____

Identification de la personne ou de l'organisme qui assiste ou porte plainte au nom de l'utilisateur mineur ou inapte (s'il y a lieu) / Identification of the person or group assisting or filing a complaint on behalf of the minor or non-competent User (if applicable)

Type d'utilisateur / Type of User

Usager mineur (moins de 14ans)
Minor User (younger than 14years old)

Usager majeur inapte
Non-competent User

Nom / Surname _____ Nom / Name _____

Téléphone résidence / Home Phone _____

Téléphone secondaire / Secondary Phone _____

Adresse / Address _____

Ville / City _____ Code postal / Postal Code _____

Précisez la nature de la représentation (mandataire, tuteur, curateur) et fournir la preuve de cette représentation en annexe / Specify the nature of the representation (mandatary, tutor, curator) and provide proof of this representation in annex _____

Informations sur la plainte / Information on the complaint

Date et heure de l'événement / Date and time of the event _____

Membre du personnel concerné / Member of staff concerned _____

Lieu de l'événement (site, étage, pièce) Location of the event (site, floor, room) _____

Réservé à l'administration / Reserved for the Department

Numéro de plainte / Complaint Number :

Numéro de dossier de l'utilisateur / User's file number :

Résumé de l'insatisfaction / Summary of the dissatisfaction

(Soyez le plus précis possible / Be the most precise possible)

Signature de l'utilisateur / Signature of the User

Date

Signature du représentant / Signature of the representative

Date

SVP faire parvenir ce formulaire aux coordonnées suivantes / Please send this form the following coordinates

Commissariat aux plaintes et à la qualité des services

Office of the Service Quality and Complaints Commissioner

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-ouest-de-l'Île-de-Montréal

Intergrated Health and Social Services University Network for West-Central Montreal

**Adresse postale / Postal Address: 3755, Chemin de la Côte-Sainte-Catherine Road, Montréal
(Québec) H3T 1E2**

Courriel / Email: ombudsman.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone / Phone number: 514-340-8222 ext. 24222