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

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
Québec

Médecin Examinateur
Medical Examiner

*An English Message will follow*

**Note à l'intention de l'usager ou son accompagnateur (Formulaire papier régulier)**

Nous vous invitons d'abord à remplir le formulaire web du Commissariat aux coordonnées web ci-dessous ou en scannant le code QR ci-dessous à l'aide de l'appareil photo de l'appareil intelligent de votre choix.

Si vous n'êtes pas en mesure de le faire, veuillez remplir le formulaire suivant à la main et transmettez-le-nous aux coordonnées transmises au bas du formulaire.

www.ciussscentreouest.ca/plaintes

**Note for the user, his/her caregiver or his/her representative (Plain paper form)**

We invite you to first fill out the Office of the Commissioner's web form at the web coordinates below or by scanning the QR code below with the camera of the smart device of your choice.

If you are unable to do so, please fill out the following form by hand and send it to us at the contact information provided at the bottom of the form.

www.ciussswestcentral.ca/complaints

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

Commissariat aux plaintes et à la qualité des services
Office of the Service Quality and Complaints Commissioner

# Formulaire de plainte / Complaint Form

**Identification de l'usager / User Identification**

Nom / Surname_____ Prénom / Name_____

Téléphone résidence / Home Phone_____

Téléphone secondaire / Secondary Phone_____

Adresse / Address_____

Ville / City_____Code postal / Postal Code_____

Courriel / Email _____

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

Date de naissance, numéro de dossier ou RAMQ / Date of birth, file numbe or RAMQ_____

**Identification de la personne ou de l'organisme qui assiste ou porte plainte au nom de l'usager 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'usager / 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 involved_____

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

**Quel est l'objectif de votre démarche / What is the objective of your request?**

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

_____
_____
_____
_____

**Résumé de l'insatisfaction / Summary of the dissatisfaction**

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

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

_____ _____

Signature de l'usager / 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*

**Par la poste / By mail at :**
**CLPQS CCOMTL**
**3755, Chemin de la Côte-Sainte-Catherine Road, Montréal (Québec) H3T 1E2**

**ou par courriel / or by email at :**
**ombudsman.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca**