Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Québec

Formulaire de plainte

CONFIDENTIEL

Note : Une plainte peut aussi être formulée verbalement en téléphonant au bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

IDENTIFICATION DE L'USAGER (SECTION OBLIGATOIRE À REMPLIR)

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____ Numéro de dossier de l'usager (si connu) : _____

IDENTIFICATION DU PLAIGNANT (SI DIFFÉRENT DE L'USAGER)

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____ Lien avec l'usager : _____

SIGNATURE

Signature de l'usager ou du plaignant : _____ Date : _____

FAIRE PARVENIR VOTRE FORMULAIRE SIGNÉ

Bureau du commissaire aux plaintes et
à la qualité des services

1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Sans frais : 1 888-764-5531

www.cisssat.gouv.qc.ca
cisssat.info.plaintes@ssss.gouv.qc.ca

POUR ÊTRE ASSISTÉ OU ACCOMPAGNÉ

Vous pouvez en tout temps être assisté et accompagné gratuitement dans votre démarche de plainte par un conseiller du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Abitibi-Témiscamingue : 1 877-767-2227 ou par un membre de votre comité des usagers.

FORMULAIRE EN LIGNE https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/question-commentaire-plainte/

INSTALLATION

Nom de l'installation ou lieu : _____

Ville : _____

Nom de la personne visée par la plainte (s'il y a lieu) : _____

Nom du médecin visé par la plainte (s'il y a lieu) : _____

Date et heure de(s) l'événement(s) (s'il y a lieu) : _____

Avez-vous tenté de résoudre ce problème au préalable avec l'intervenant ou son supérieur avant de vous adresser au commissaire? Oui : ☐ Non : ☐

EXPOSÉ DE LA PLAINTE (SI L'ESPACE EST INSUFFISANT, VEUILLEZ AJOUTER UNE OU DES PAGES EN ANNEXE)

VOS ATTENTES (VEUILLEZ INDIQUER CE QUE VOUS ATTENDEZ COMME RÉSULTAT À LA SUITE DU TRAITEMENT DE VOTRE PLAINTE)