CHSLD LOUISE FAUBERT

FORMULAIRE DE PLAINTE

Réservé à l'administration

Nº de dossier de la plainte : _____

Nº de dossier du résident : _____

IDENTIFICATION DU RÉSIDENT

Prénom et nom (nom de fille s'il y a lieu) : _____

IDENTIFICATION DU PLAIGNANT

Prénom et nom : _____ Téléphone : _____

Adresse complète : _____

_____ Code postal : _____

Lien avec le résident : _____

LA PLAINTE

Date de l'événement : _____ **Endroit :** _____

Objet de la plainte : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

GROUPE SANTÉ ARBEC

EXPOSÉ DES FAITS : _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

RÉSULTATS ATTENDUS DE CETTE PLAINTE : _____

_____

_____

_____

_____

Signature : _____ Date : _____

Veuillez faire parvenir le formulaire à : *(Ce document est confidentiel)*

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CHSLD Louise Faubert
300, rue du Docteur-Charles Léonard
Saint-Jérôme (Québec) J7Y 0N2
450 710-1770, poste 14052

Réservé à l'administration :

Il s'agit d'une : ☐ Plainte écrite ☐ Plainte verbale enregistrée par le responsable des plaintes

☐ Plainte verbale enregistrée par : _____
(nom complet en lettres moulées)

Et transmise au responsable des plaintes le : _____
(date et heure)

Plainte reçue le : _____ (date) à _____ (heure) par : _____ (responsable des plaintes)

GROUPE SANTÉ ARBEC