



CHSLD juif de Montréal

Jewish Eldercare Centre

FORMULAIRE DE PLAINTE

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____

Adresse et code postal : _____

No. de chambre (si applicable) : _____ No. de dossier : _____

INSTALLATION OU RESSOURCE CONCERNÉE

Pavillon Hope

Pavillon Kastner

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI PORTE PLAINTE AU NOM DE L'USAGER (s'il y a lieu)

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Téléphone travail : _____

Adresse et code postal : _____

Motif de la représentation et lien avec l'utilisateur : _____

Si représentant légal : _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OU DE L'ORGANISME QUI ASSISTE L'USAGER (s'il y a lieu)

Nom : _____ Prénom : _____

Organisme : _____ Téléphone : _____

Adresse et code postal : _____

Lien de parenté avec l'utilisateur (s'il y a lieu) : _____

INFORMATIONS SUR LA PLAINTE

SVP Indiquez, si possible, la date, l'heure, le lieu, la personne et le service concerné

Date de l'événement : _____ Heure : _____

Lieu de l'événement : _____

Personne et service concerné : _____

(suite au verso)

OBJET DE LA PLAINTE (QUE S'EST-IL PASSÉ ?)
SVP décrivez ici les faits de la façon la plus précise possible

Résultats attendus : _____

Signature de l'utilisateur ou de son représentant

Date

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de compléter ce formulaire. Il nous aidera à améliorer la qualité de nos services. SVP veuillez le retourner aux coordonnées ci-contre. Nous vous contacterons par téléphone sous peu.

Bureau de la commissaire locale aux plaintes

Hanh Vo : 514-738-4500 poste 2126 • Fax : 514-738-2611 • hanh.vo@ssss.gouv.qc.ca
CHSLD juif de Montréal
5725 avenue Victoria • Montréal, Québec • H3W 3H6