

(Date) Le \_\_\_\_\_

**(Destinataire)**

**Nom** du commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services, président du comité de révision ou du Vice-protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux.

**Adresse** de l'établissement, de l'agence ou du Vice-protecteur du citoyen.

**(Identification)**

**Usager/usagère**

**Adresse et téléphone**

**Représentant légal/légale**

**Adresse et téléphone**

**(Motif(s) de la plainte)**

**Objet :** (ex. : Plainte concernant le manque d'information, l'attitude de ...)

L'objet de la plainte doit être clair, court et précis.

**Organisme ou établissement concerné :** (ex. : Centre hospitalier de ...)

**Intervenant/e ou professionnel/elle :** (ex. : Dr. ... , *profession*)

---

**Madame,**

**Monsieur,**

**Description de la plainte :** Présentation claire, précise et franche des faits, des gestes vécus par l'utilisateur que vous représentez, la ou les dates, les circonstances, les lieux et les personnes impliquées. S'il y a lieu, les sentiments, les émotions, les conséquences et les questionnements soulevés par l'événement. Donc : **où, quand, comment, à quelle occasion, qui, pourquoi ...** . **Accorder une grande importance aux mots et termes employés pour décrire les faits; la notion de respect est primordiale.**

**Les attentes à l'égard de la plainte :** (ex. : **Mes attentes sont :** S'assurer de ..., Obtenir la certitude de ..., Veiller à ce que ..., Éviter la récurrence de... )

Vous décrivez ce à quoi, l'utilisateur que vous représentez, s'attend de la part de l'établissement et des autorités compétentes; soit des suites souhaitées à la plainte.

---

**Signature du représentant**

**C.c. :** Nom du conseiller/conseillère de l'organisme communautaire d'assistance et d'accompagnement régional (CAAP-CA), si vous le désirez.

**Pièces jointes :** joindre certains documents s'il y a lieu, comme par exemple : copie de facture d'hébergement, résultats d'examen médicaux, autres types de lettres pertinentes).