

(Date) Le _____

(Destinataire)

Nom du commissaire local ou régional aux plaintes, 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

Assistant/Assistante (si vous le désirez)

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, 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, vous vous attendez de la part de l'établissement et des autorités compétentes; soit des suites souhaitées à la plainte.

Signature de l'utilisateur

Signature de l'assistant/te
(Si vous êtes assisté)

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).