

DEMANDE DE RÉCLAMATION POUR BRIS OU PERTE D'EFFETS PERSONNELS DES USAGERS
FORMULAIRE DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT

- À remplir par l'usager ou son représentant s'il y a réclamation lors de pertes ou de bris d'effets personnels.
- Ce formulaire doit être retourné, accompagné des pièces justificatives, par courriel au jlacoste.csssl@ssss.gouv.qc.ca
- Si ce n'est pas possible, veuillez contacter le 450 978-2121 poste 32116.
- Aucun remboursement ne pourra être autorisé sans avoir fait l'objet d'une analyse.
- La violence verbale ainsi que la grossièreté ne seront tolérées sous aucun prétexte.

INFORMATION SUR L'USAGER	
Nom de l'usager : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	No de dossier : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Personne à joindre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	No de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Adresse postale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Adresse courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
DÉTAIL DE LA SITUATION	
Veuillez cocher l'effet personnel :	
Prothèse dentaire <input type="checkbox"/> Supérieure <input type="checkbox"/> Inférieure <input type="checkbox"/> Partiel <input type="checkbox"/>	
Prothèse auditive <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>	
Autre type d'effets personnels (lunettes, bijoux, etc.) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Valeur à l'achat : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. (veuillez joindre les pièces justificatives)	Est-ce que cet objet peut être réparé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous informé le personnel de l'existence de cet objet lors de votre arrivée ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Constaté par (témoin) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Date d'arrivée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.	Date de départ : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
Perte <input type="checkbox"/> Bris <input type="checkbox"/> Constaté à la date suivante : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.	
Par : Usager <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Témoin <input type="checkbox"/> : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Précisez l'endroit : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Lors d'un transfert ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Détail des événements : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	
Est-ce que le personnel a immédiatement été informé de la perte ou du bris de l'objet ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES	
Autres explications, commentaires ou faits pertinents à l'analyse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	

Je déclare que les faits allégués sont véridiques et j'ai signé :

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Signature : _____

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.