

FORMULAIRE DE DÉPÔT D'UNE PLAINTE

AVANT DE REMPLIR CE FORMULAIRE :

Nous vous invitons à porter plainte au Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services (BCPQS) du CISSS de Laval, si les 3 conditions suivantes sont remplies :

1. La situation rapportée a été adressée au gestionnaire du service responsable des services offerts;
2. Le suivi effectué par le gestionnaire s'avère insatisfaisant;
3. Votre demande vise un soin, un service de santé, un service social ou un professionnel/employé du CISSS de Laval et relève de la compétence du BCPQS.

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____ N° de dossier : _____

Tél. / cell. : _____

Adresse courriel : _____

À défaut, adresse postale : _____

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL (si applicable)

Nom et prénom : _____

Adresse courriel : _____ À défaut, adresse postale : _____

Tél. / cell. : _____

DESCRIPTION DE LA PLAINTE

Si l'espace réservé est insuffisant, veuillez ajouter une ou des pages en annexe

Lieu de l'événement : _____

Date de l'événement : _____

Quelles sont vos attentes :

Date : _____

Signature de l'utilisateur
(Obligatoire, sauf si vous êtes le représentant légal)

Date : _____

Signature du représentant légal
(Si applicable)

Merci d'acheminer ce formulaire par courriel à l'adresse suivante: plaintes.csssl@ssss.gouv.qc.ca

À défaut, **par la poste**, à l'adresse suivante :

Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services
CISSS de Laval
800, boul. Chomedey, Tour A, bureau 301
Laval (Québec) H7V 3Y4

Si vous désirez communiquer avec le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services par téléphone :

Téléphone : 450 668-1010, poste 23628

Ligne sans frais : 1 833 978-8395