CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES
CREE BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES OF JAMES BAY

Office of the Commissioner
of Complaints and Quality of Services

# SERVICE QUALITY & COMPLAINTS COMMISSIONER

## CLIENT'S IDENTIFICATION

| CLIENT | REPRESENTATIVE |
|---|---|
| NAME | NAME |
| DATE OF BIRTH | RELATIONSHIP |
| ADDRESS | ADDRESS |
| TELEPHONE | TELEPHONE |
| EMAIL | EMAIL |

## DESCRIPTION OF THE INCIDENT

**TELL US**

What happened? When (date and hour)?
Who was involved?

Where (emergency, clinic, department, etc.)?
Who was present (witnesses)?

## EXPECTED OUTCOME

☐ I consent to the examination of my file by a member of the Commissioner of Complaint's office and to the transmission of the pertinent information to the concerned and consulted persons.

SIGNATURE

DATE ( Y Y Y Y - M M - D D )

Send this form by

**R18.COMPLAINTS@ssss.gouv.qc.ca**

**PO BOX 250, Chisasibi QC J0M 1E0**

You can also fill this form online

**creehealth.org/complaints**

CBHSSJB_COMPLAINTSFORM_EN_2020_V5

CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES
CREE BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES OF JAMES BAY

Bureau du commissaire aux plaintes
et à la qualité des services

# FORMULAIRE DE PLAINTE

## IDENTIFICATION DU PATIENT

| PATIENT | REPRÉSENTANT |
|---|---|
| NOM | NOM |
| DATE DE NAISSANCE | LIEN |
| ADRESSE | ADRESSE |
| TÉLÉPHONE | TÉLÉPHONE |
| COURRIEL | COURRIEL |

## DESCRIPTION DE L'INCIDENT

**PRÉCISEZ** Que s'est-il passé? Quand (date et heure)? Qui est impliqué?

Où (urgence, clinique, département, etc.)? Qui était présent (témoins)?

## RÉSULTATS ATTENDUS

☐ *Je consens à ce qu'un member du bureau de la Commissaire aux plaintes examine mon dossier et que l'information pertinente soit transmise aux personnes concernées et consultées.*

SIGNATURE

DATE ( A A A A - M M - J J )

Envoyer ce formulaire par

**R18.COMPLAINTS@ssss.gouv.qc.ca**

**PO BOX 250, Chisasibi QC J0M 1E0**

Vous pouvez aussi remplir ce formulaire en ligne

**creehealth.org/fr/plaintes**

CBHSSJB_COMPLAINTSFORM_FR_2020_V5