ᒥᔅᐊᒫᑎᔾᐅᓐ ᐊᓈᓇᑭᒋᐦᑖᓇᒡ
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

creehealth.org/about-us/complaints

CBHSSJB_COMPLAINTSFORM_EN_2021_V6

ᓭᕋᐦᒐᓱᐅᓐ ᐊᓈᓇᑭᒋᐦᑖᓯᒡ
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

creehealth.org/about-us/complaints

CBHSSJB_COMPLAINTSFORM_FR_2021_V6