



FORMULAIRE DE PLAINTE EXTERNE

Si vous n'êtes pas satisfait(e) des soins ou de l'expérience de soins de santé fournis par l'ACSM North Bay et District, vous pouvez déposer une plainte externe après avoir essayé de résoudre votre plainte directement avec votre fournisseur de soins ou l'organisme.

Pour déposer une plainte, remplissez toutes les sections de ce formulaire et retournez-nous celui-ci par la poste, par messagerie ou par télécopieur. Les détails se trouvent à la **page 4**.

1. Coordonnées

Prénom		Nom		Nom préféré (facultatif)	
Numéro municipal	Nom de rue			Numéro d'appartement	
Ville			Province	Code postal	
Téléphone			Courriel (facultatif)		
Déposez-vous cette plainte au nom d'une autre personne? OUI NON <i>Si « OUI », fournissez les renseignements ci-dessous au sujet de cette personne (résident[e] ou client[e] ancien[ne] ou actuel[le]). Si « NON », passez à la section 2 : Préférences en matière de communication.</i>					
Prénom		Nom		Nom préféré (facultatif)	
Numéro municipal	Nom de rue			Numéro d'appartement	
Ville			Province	Code postal	
Est-ce que cette personne vous a demandé de déposer cette plainte? OUI NON					
Est-ce que cette personne est décédée?				OUI	NON

2. Préférences en matière de communication

Mode de communication préféré		
Téléphone	Poste ordinaire	Courriel *
* Note : L'ACSM North Bay et District ne peut pas garantir la confidentialité et la sécurité des renseignements échangés par courriel. En optant pour ce choix, vous confirmez comprendre et accepter les risques connexes.		
Cochez votre langue de choix.		
Anglais	Français	Autre _____
Indiquez les mesures d'adaptation qu'il vous faut s'il y a lieu.		
Dispositif ATS	Interprète	Autre _____

3. Renseignements sur l'organisme de santé

Nom de l'organisme :			
Numéro municipal	Nom de rue		Emplacement (facultatif)
Ville		Province	Code postal
Téléphone		Courriel (facultatif)	
Indiquez le service que vous avez reçu en lien avec votre plainte non résolue :			

Fournissez les renseignements ci-dessous au sujet de la personne avec qui vous avez été en contact à l'organisme au sujet de votre plainte.			
Prénom	Nom		Poste ou titre et service (facultatif)
Téléphone		Courriel (facultatif)	
Y a-t-il un autre organisme de santé qui vous a offert des services et au sujet duquel vous avez des préoccupations?			
OUI		NON	
		Si oui, indiquez le nom. _____	

4. Renseignements sur la plainte

Décrivez l'objet de votre plainte. Dites-nous ce qui s'est passé; qui était impliqué; quand et où l'incident a eu lieu; le moment où vous avez pris connaissance du problème et les principales causes de votre préoccupation. N'hésitez pas à utiliser d'autres pages au besoin.

Qu'est-ce que vous aimeriez qu'il se passe pour résoudre votre plainte? Par exemple, une excuse, des renseignements supplémentaires, un changement à une politique, etc.

Avez-vous essayé de résoudre votre plainte directement avec l'organisme?

OUI

NON

Si oui, indiquez les solutions que l'organisme a proposées.

Solution proposée :

Avez-vous porté plainte auprès d'un autre organisme ou d'une autre personne?

Si oui, indiquez le nom.

OUI

NON

5. Avis de collecte de renseignements personnels

Si vous êtes un proche aidant ou une autre personne déposant une plainte au nom d'un(e) client(e) ou d'un(e) résident(e), il nous faut le consentement du mandataire de cette personne pour pouvoir recueillir sur ce formulaire les renseignements personnels et les renseignements personnels sur la santé du résident/de la résidente ou du client/de la cliente en question.

J'atteste que le mandataire du résident/de la résidente ou du client/de la cliente dont j'ai décrit les soins ou l'expérience de soins de santé dans ce formulaire m'a autorisé(e) à divulguer ces renseignements à l'ACSM North Bay et District et aux membres du personnel de l'ACSM North Bay et District qui en ont besoin.

Signature du plaignant/de la plaignante

Date (jj/mm/aaaa)

Veillez envoyer le formulaire de plainte dûment rempli et signé à notre bureau au moyen de l'une des méthodes ci-dessous.

**(a) Par la poste ou
par messagerie :**

ACSM North Bay et District
176, rue Main Ouest
North Bay (Ontario) P1B 2T5

(b) Par courriel :

**Jodi Steeves, directrice des Ressources humaines
jsteeves@nbd.cmha.ca**

Si vous avez de la difficulté à remplir le formulaire ou si vous avez des questions, vous pouvez nous appeler entre 9 h et 15 h, du lundi au vendredi, au 705 476-4088 ou au 1 844 476-4088. Nous sommes là pour vous aider.