



CSC NIAGARA

810, rue East Main
Welland (Ontario) L3B 3Y4
Tél.: (905) 734-1141 / Téléc.: (905) 734-1678



CSC HAMILTON

1320, rue Barton Est
Hamilton (Ontario) L8H 2W1
Tél.: (905) 528-0163 / Téléc.: (905) 528-9196

FORMULAIRE DE PLAINTE

Nom du(de la) plaignant(e) : _____

Êtes-vous client(e) du Centre? **NON** **OUI** Si oui, # dossier _____

Quel est le sujet de votre plainte: Fonctionnement de la clinique médicale (heures, rendez-vous, etc.)

Travail d'un membre du personnel

Type de services disponibles

Autre : _____

Numéros de téléphone: Résidence: _____

Cellulaire: _____

Autre: _____

Peut-on laisser un message sur votre répondeur? **OUI** **NON**

Décrivez la nature de votre plainte (description de l'incident, personnes impliquées...)

Date de l'incident _____

(jour/mois/année)

Quelles sont vos recommandations pour résoudre cette plainte ?

Signature du (de la) client(e) : _____ Date : _____

(jour/mois/année)

Nom de la personne qui a complété ce formulaire {si autre que le(la) client(e)} _____

Nom du coordonnateur à qui ce formulaire fut transmis: _____

Copie à la coordonnatrice de la planification et du soutien administratif (VOIR VERSO)

Suivi de la plainte

Commentaires du personnel, actions prises :

Recommandations de l'employé(e):

Date du suivi avec le (la) client(e) par le gestionnaire : _____
(jour/mois/année)

Comment le suivi fut-il fait ?

Courrier Téléphone En personne

Le (la) client(e) est-il (elle) satisfait(e) ? Oui Non

Autres mesures proposées par le gestionnaire :

Ces mesures ont-elles été mises en place ?

Date de fermeture du dossier de plainte :

(jour/mois/année)

Signature du gestionnaire

Copie à la directrice générale adjointe

Date : _____
(jour/mois/année)

Copie au directeur général

Date : _____
(jour/mois/année)