



HAMILTON | NIAGARA

CSC NIAGARA

810, rue East Main
Welland (Ontario) L3B 3Y4
Tél.: (905) 734-1141 / Téléc.: (905) 734-1017

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) : _____

First and Last Name of the Person wishing to complain

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

Are you a client of the CHC ? No Yes If yes, please provide your file #

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

The reason for your complaint The way the medical clinic operates (hours, appointment, etc.)

Travail d'un membre du personnel

Interaction and/or service provided by a staff member

Type de services disponibles

Types of services available

Autre : _____

Other

Numéros de téléphone: Résidence/ Home #: _____

Contact # Cellulaire/ Cell #: _____

Autre/ Other : _____

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

Can we leave you a voicemail ?

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

Please provide as much detail about your complaint as possible (description of the issue, people involved, etc.)

Date de l'incident _____

Date of the incident (jour/mois/année)

Quelles sont vos recommandations pour résoudre cette plainte ?

What are your recommendations for successfully solving this complaint ?

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

(jour/mois/année)

Client signature

Date

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

Name of the person filling out this form (if different than the client) : _____

Nom du gestionnaire à qui ce formulaire fut transmis: _____

Copie à la directrice d'amélioration de la qualité (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 d'amélioration de la qualité

Date : _____
(jour/mois/année)

Copie au directeur général

Date : _____
(jour/mois/année)