

FORMULAIRE DE PLAINTE

Date :

ÉTAPE 1

- Téléphone
 En personne
 Autre

- (spécifier)
 courriel
 lettre

Détails du plaignant

	Nom :	Numéro de téléphone :
	Adresse :	
<input type="checkbox"/>	Client clinique – numéro du dossier :	Intervenant :
<input type="checkbox"/>	Client communautaire – nom du programme :	Intervenant responsable :
<input type="checkbox"/>	Bénévole :	Intervenant responsable :
<input type="checkbox"/>	Membre du personnel :	Superviseur immédiat :
<input type="checkbox"/>	Autre :	

Détails de la plainte

--

Processus initié par :

	Signature	Date
--	-----------	------

Reçu par la direction générale :

	Signature	Date
--	-----------	------

ÉTAPE 2

Commentaires de l'employé, bénévole, stagiaire impliqué:

Signature

Date

ÉTAPE 3

Suivi - Action:

Décision finale:

Décision communiquée au plaignant :

Signature

Date

Satisfaction du plaignant :

Oui

Non

ÉTAPE 4

Fermeture du dossier :

Signature

Date