

N° dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. : 20

Date de naissance : \_\_\_\_\_  M  F  
Année Mois Jour

## RÉCLAMATION POUR BRIS, PERTE OU DISPARITION DE BIENS PERSONNELS D'UN USAGER<sup>1</sup>

<b>Section 1 – Avis</b>			
L'utilisateur reconnaît avoir été avisé que l'établissement ne fait pas la surveillance des biens personnels que l'utilisateur possède et que ce dernier en demeure donc responsable. L'établissement a informé l'utilisateur qu'il est préférable de retourner à domicile ses objets de valeur et effets personnels non essentiels à son séjour.			
Date : _____		_____	
Année	Mois	Jour	Signature : <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Proche/Représentant <input type="checkbox"/> Signature Témoin
<b>Section 2 – Informations de correspondance</b>			
<input type="checkbox"/> Usager			
<input type="checkbox"/> Représentant : Nom :		Prénom : Lien avec l'utilisateur :	
Adresse postale : _____			
Adresse électronique : _____			
Téléphone :		Cellulaire :	
<b>Section 3 – Objet de la réclamation</b>			
<input type="checkbox"/> BRIS <input type="checkbox"/> DISPARITION/PERTE <input type="checkbox"/> AUTRE (Préciser) :			
Date de bris/perte/disparition :		Heure :	
Date du constat :		Heure :	
<b>TYPE DE BIEN</b>			
<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire :		<input type="checkbox"/> Supérieure <input type="checkbox"/> Inférieure <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Partielle	
<input type="checkbox"/> Prothèse auditive :		<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	
<input type="checkbox"/> Lunettes		<input type="checkbox"/> Bijoux	
<input type="checkbox"/> Autre (Préciser) :			
<b>ÉTAT ET VALEUR DU BIEN</b>			
<input type="checkbox"/> En bon état <input type="checkbox"/> Bris constaté <input type="checkbox"/> Non		Valeur du bien à l'achat: _____ Date d'achat: _____ Facture jointe: _____	
<b>LIEU DU BRIS/PERTE/DISPARITION</b>			
<input type="checkbox"/> HÔPITAL <input type="checkbox"/> CHSLD		<input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CPEJ <input type="checkbox"/> CRJDA	
<input type="checkbox"/> Autre(Préciser) :			
Endroit précis (Exemple : site, service, unité, lieu, type de local ou d'espace) : _____			
Est-ce qu'une recherche du bien a été faite par l'utilisateur ou son représentant ou le gestionnaire du service?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, à quel endroit ?		<input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Buanderie <input type="checkbox"/> Cuisine	
		<input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Non retracé	

<sup>1</sup> Le genre **masculin** est utilisé dans le présent guide comme genre neutre. L'emploi du genre **masculin** a pour but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.  
F-DQEPE-01 (2022-05-17)

#### Section 4 - Réclamation

S.V.P. Expliquer pourquoi vous tenez l'établissement responsable du bris ou de la perte de votre bien? :

#### Section 5 - Assurance

Cette réclamation est-elle couverte par un programme d'assurance ?  Oui  Non

Avez-vous fait une réclamation auprès de ce programme d'assurance ?  Oui  Non

Quel est le nom de votre compagnie d'assurance ?

Valeur de remplacement ou de réparation :  Facture jointe

#### Section 6 - Déclaration

Je déclare que les réponses ci-dessus sont complètes, exactes et véridiques. Je comprends que les renseignements que j'ai fournis seront utilisés par le CISSS de la Montérégie-Est pour le traitement de la réclamation et pourraient être échangés avec d'autres parties aux strictes fins du règlement de la présente demande.

Signature du déclarant :

Date :

Je suis autorisé (e) par la personne visée par cette réclamation à divulguer et recevoir de l'information à son sujet aux strictes fins du règlement de cette réclamation.

Signature du déclarant

Date :

**Transmettre ce formulaire dûment rempli et les pièces demandées :**

À : [reclamations.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:reclamations.ciassme16@ssss.gouv.qc.ca)

**Ou**

À : CISSS Montérégie-Est  
Centre administratif Gauthier  
Direction adjointe de la qualité, évaluation et éthique  
1915, rue Gauthier  
St-Hyacinthe, Qc, J2S 1G5

*Prendre note qu'une analyse de votre réclamation sera effectuée en collaboration avec le gestionnaire et le personnel de l'unité/service concerné. Un suivi sur votre réclamation vous sera fait dans les meilleurs délais.*