

104CMR32.00

DÉPARTAMENT DE LA SANTÉ MENTALE  
FORMULE DE PLAINTÉ

For Department Use Only

Date received: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Received by: \_\_\_\_\_

Log #: \_\_\_\_\_

1. NOM DE LA (DES) PERSONNES(S)  
PORTANT PLAINTÉ

QUALITÉ\*

ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (OU  
NOM DU PROGRAMME)

a. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Client(s) qui est(sont)  
sensé(s) avoir souffert à  
la suite de l'incident ou  
situation qui est l'objet  
de la plainte:

ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (OU  
NOM DU PROGRAMME)

a. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. NOMS DE LA (DES) PERSONNE(S)  
DONT VOUS VOUS PLAIGNEZ

QUALITÉ\*

ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (OU  
NOM DU PROGRAMME)

a. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. NOM DE LA PERSONNE QUI A REMPLI CE FORMULAIRE (si ce n'est pas la personne mentionnée au  
dessus): \_\_\_\_\_

5. QUAND S'EST PRODUIT L'INCIDENT QUI EST L'OBJET DE LA PLAINTÉ? (dates(s) y heure(s):  
\_\_\_\_\_

6. OÙ S'EST PRODUIT L'INCIDENT QUI EST L'OBJET DE LA PLAINTÉ? \_\_\_\_\_

\*Qualité: C= Client; E= Employé; H= Comité des Droits Humains; O= Autre personne (Spécifier)

