

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR BRIS OU PERTE D'EFFETS PERSONNELS À compléter et remettre au chef d'unité ou de service

Cochez le statut de l'auteur de la demande : Usager Représentant Autre (précisez)

Nom de l'installation :

Lieu de l'évènement : Unité : Chambre :

Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans la démarche complète

A- IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° dossier médical:

Courriel :

Téléphone :

B- IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER SI NECESSAIRE

Statut du représentant de l'utilisateur :

Titulaire de l'autorité parentale Tuteur ou curateur Mandataire Proche : (précisez)

Nom et prénom :

Téléphone :

Adresse :

Courriel :

C- IDENTIFICATION DU BIEN

Domage aux biens : Bris Perte Autre (précisez)

Prothèse dentaire : haut bas partielle complète

Prothèse auditive : gauche droite complète

Prothèse visuelle : lunettes Description :

Autres biens : (précisez)

Nombre d'années d'utilisation :

Valeur à l'achat : \$ pièce(s) jointe(s) (*fournir la facture initiale*)

Coût estimé de remplacement ou de réparation : \$ pièce(s) jointe(s) (*fournir un justificatif*)

D- MOTIF ET OBJET DE LA RÉCLAMATION (description des faits)

Description des faits:

Ce formulaire de réclamation doit être remis au :

Chef de service, de programme ou de l'unité de soins

Joindre à votre réclamation le ou les documents suivants :

Facture initiale du bien réclamé et/ou Estimé du coût de remplacement

Signature de l'auteur de la demande :

Date :

REMARQUE

Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans la démarche complète.

Toute demande de réclamation fera l'objet d'une enquête.

Veillez acheminer votre réclamation dans les meilleurs délais.