

Date du signalement : _____
Nom de l'utilisateur : _____
Date de naissance : _____
Numéro d'assurance maladie : _____
Numéro de dossier : _____

Cet usager **est protégé** par une mesure de protection légale ou un mandat de protection homologué

Comme stipulé dans La Loi pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées et toute personne majeure en situation de vulnérabilité, je procède ce jour à un signalement sur une situation de :

- Maltraitance psychologique Maltraitance organisationnelle Violation des droits
 Maltraitance physique Âgisme
 Maltraitance sexuelle Maltraitance matérielle ou financière

Signalement obligatoire : Milieu de vie où réside l'utilisateur (RI, RTF, RPA, CHSLD ou domicile) et nom de la ressource, s'il y a lieu : _____

Signalement non obligatoire : Autorisé par l'utilisateur Sans l'autorisation de l'utilisateur

Synthèse de la situation :

Une prise en charge par l'intervenant est en cours afin de contrer la situation de maltraitance et le **gestionnaire est informé de la situation.**

Pour le moment :

Aucune intervention n'est attendue par le commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Mentionner les mesures prises pour faire cesser la maltraitance :

Nom de l'intervenant pivot : _____
Nom du service/programme : _____
Nom de la MRC : _____
Nom du gestionnaire : _____

Nom de la personne qui fait le signalement : _____
Signature : _____
Titre d'emploi : _____
Installation : _____
Programme clinique : _____
No téléphone : _____

N. B. Ce formulaire doit être acheminé par courriel à : plaintes.cisssbsl@ssss.gouv.qc.ca