

## 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.