

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Pour la perte ou le bris d'effets personnels des usagers

À compléter par l'utilisateur ou son représentant

Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Important : Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans une démarche complète. Toute demande fera l'objet d'une analyse. Veuillez joindre les documents demandés à la section « Documents à joindre »

Cocher le statut du demandeur : Usager ☐ Représentant ☐ Autre (précisez) :

Nom de l'installation : **Date de l'événement :**

Lieu de l'événement : ☐ Unité (Précisez) : ☐ Chambre (précisez) : ☐ Autre : (précisez) :

A- IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom et prénom :	Date de naissance :
Adresse :	N° d'assurance maladie :
Courriel :	Téléphone :

B- IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER, SI APPLICABLE

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

Nom et prénom : **Téléphone :**

Adresse : **Courriel :**

C- IDENTIFICATION DU BIEN RÉCLAMÉ

Type de réclamation :	☐ Bris	☐ Perte	☐ Autre (précisez) :	
☐ Prothèse dentaire :	☐ Haut	☐ Bas	☐ Partielle	☐ Complète
☐ Prothèse auditive :	☐ Droite	☐ Gauche	☐ Complète	
☐ Prothèse visuelle :	☐ Lunettes	☐ Autre (précisez) :		
☐ Autres biens :	Précisez :			
Durée approximative d'utilisation du bien réclamé :			☐ Mois ☐ Année(s)	
Valeur à l'achat :	\$	Coût estimé de remplacement ou de réparation :	\$	

D- DESCRIPTION DES FAITS :**E- DOCUMENTS À JOINDRE**

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Facture d'achat du bien réclamé• Estimation ou facture de remplacement/réparation | <ul style="list-style-type: none">• Reçu de paiement• Tout autre document pertinent |
|--|--|

Formulaire et documents joints à remettre au chef d'unité de soins ou au chef de service, qui l'acheminera selon la procédure interne.

F- DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je confirme que les renseignements fournis sont exacts au meilleur de ma connaissance et j'autorise l'établissement à communiquer avec moi pour l'analyse de cette demande.

Nom de l'auteur de la demande :

Signature :

Date :