

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR

BRIS OU PERTE DE BIENS PERSONNELS

Cocher le statut du réclamant :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Usager | [ ]  Représentant légal | [ ]  Autre (précisez) : |       |

Identification de l’usager

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom : |       | Date de naissance : |       |
| Adresse : |       | # app. : |       |
| Ville :  |       | Province :        | Code postal : |       |
| Tél. Résidence :  |       | Cellulaire :  |       |
| Adresse courriel : |       | Numéro de dossier : |       |
| Lieu où l’usager peut être rejoint, s’il y a lieu : |       |

Identification du représentant légal, le cas échéant

Statut du représentant légal de l’usager :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Titulaire de l’autorité parentale | [ ]  Conjoint | [ ]  Héritier légal |
| [ ]  Tuteur ou curateur | [ ]  Mandataire | [ ]  Autre |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : |       |
| Adresse : |       | # app. : |       |
| Ville :  |       | Province :        | Code postal : |       |
| Tél. Résidence :  |       | Cellulaire :  |       |
| Adresse courriel : |       |
| Lieu où le représentant légal peut être rejoint, s’il y a lieu : |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Motif et objet de la réclamation | Date de l’évènement :  |       |

**Description de l’objet de la réclamation (bris ou perte)**

Prothèses :

Dentaire : Supérieure [ ]  Inférieure [ ]

Auditive : Gauche [ ]  Droite [ ]

Lentilles cornéennes [ ]  Lunettes [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres :**  |       |

Nombre d’années d’utilisation ou d’usure, entre :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0-1 ans [ ]  | 1-2 ans [ ]  | 2-3 ans [ ]  | 4-6 ans [ ]  | 7-9 ans [ ]  | + de 10 ans [ ]  |

Avez-vous des assurances privées : Oui [ ]  Non [ ]

**L’usager doit fournir une preuve de la valeur du bien réclamé**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signature du réclamant :  |       | Date : |       |

**Si les pièces justificatives ne sont pas fournies ou si aucune réponse de la part de l’usager dans les 30 jours suivant sa demande de réclamation, le dossier sera automatiquement fermé (possibilité de réouverture sur demande).**

À l’usage de l’administration. demande de réclamation reçue :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Installation : |       | Unité : |       |
| Code d’imputation budgétaire : |       | Sous-service : |       |
| Date : |       | Heure : |       |  |  |
| NOM (lettre moulée) :  |       | Signature :  |       |

**Rapport d’incident/accident AH-223**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Complété  | [ ]  | Numéro du rapport :  |       |  |
| À compléter | [ ]  |  |  |

**Analyse de l’événement par le chef de service/unité/programme**

Recommandation du gestionnaire

Selon votre analyse, la responsabilité est imputable à l’établissement : [ ]  Oui [ ]  Non

Pourquoi? :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |       |  |       |
| Nom en lettres moulées |  | Unité / Service |  | Téléphone et poste |
|       |  |       |  |  |
| Signature |  | Date |  |  |

Réservé au service qualité, risques, éthique

Remboursement : Refusé [ ]

 Autorisé [ ]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Montant remboursé : |       |  |  |  |
| Imputation : |       |  |  |  |
| Date du reçu et quittance : |       |  |  |
|  |  |  |  |
| Signature :  |       | Date : |       |  |
|  |  |  |  |
| Dossier fermé le : |       |  |  |