

**Programme d'admission centralisé de la loi sur l'aide financière aux  
soins hospitaliers pour la défense des droits des patients (Patient  
Advocacy Centralized Hospital Financial Aid Law Intake Program)**

**COORDONNÉES**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

**Veillez fournir vos coordonnées au ministère**

Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ ZIP : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone de jour : \_\_\_\_\_ Autre numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
Quel est votre lien avec le patient ou la patiente? : \_\_\_\_\_  
Désirez-vous garder l'anonymat? (explication ci-dessus) Non Courriel chiffré

**COORDONNÉES DU PATIENT OU DE LA PATIENTE**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Date du rendez-vous : \_\_\_\_\_ Dates de rendez-vous à venir : \_\_\_\_\_  
Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_ Date de congé, le cas échéant (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT**

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_  
Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ ZIP : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PLAINTÉ

Avez-vous déposé une plainte auprès de l'établissement? : Oui Non

Que s'est-il passé? : \_\_\_\_\_

Quand (date et heure) l'incident est-il survenu? \_\_\_\_\_ (MM/JJ/AAAA) \_\_\_\_\_ (système des 24 heures)

Le problème persiste-t-il toujours? : Oui Non

Le résident ou la résidente/le patient ou la patiente est-il ou est-elle encore dans l'établissement? : Oui Non

Comment cela s'est-il produit? : \_\_\_\_\_

D'autres personnes sont-elles impliquées, comme d'autres membres du personnel, des bénévoles, des membres de la famille, d'autres patients, résidents ou visiteurs? : Oui Non

Si oui, veuillez préciser de qui il s'agit : \_\_\_\_\_

Y a-t-il des témoins? : Oui Non

Si oui, veuillez préciser de qui il s'agit : \_\_\_\_\_

Avez-vous pris des mesures? : Oui Non

Si oui, décrivez les mesures qui ont été prises : \_\_\_\_\_

Avez-vous communiqué avec un représentant ou une représentante en aide financière (Financial Assistance Rep), un représentant ou une représentante de l'expérience client (Patient Experience Rep) ou tout membre du personnel de l'établissement? :  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser de qui il s'agit : \_\_\_\_\_

Des organismes d'application de la loi sont-ils impliqués? : Oui Non

L'établissement a-t-il tenté de répondre au problème? : Oui Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Savez-vous si la même personne a vécu ce problème auparavant ou si d'autres personnes ont vécu la même chose? : Oui Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Veuillez utiliser l'espace ci-dessous pour ajouter des renseignements supplémentaires que vous jugez importants à joindre à votre plainte. Veuillez limiter les renseignements à 10 000 mots.