



DÉCLARATION D'UNE SITUATION DE MALTRAITANCE
envers une personne aînée et toute autre personne
majeure en situation de vulnérabilité

Identification de la personne qui effectue la déclaration de la situation de maltraitance

Nom et prénom _____
Téléphone(s) où l'on peut vous joindre _____
Courriel _____
Si professionnel de la santé – Votre fonction _____
Nom du service ou de l'unité _____

Identification de la personne victime de maltraitance

Nom et prénom _____
Date de naissance (si connue)(AAAA-MM-JJ) _____ Âge : _____
N° de dossier si la personne victime reçoit des services _____
Adresse et code postal _____
Nom de l'établissement duquel elle reçoit des services _____

Identification de la ou les personnes soupçonnées d'infliger de la maltraitance

Nom et prénom _____
Lien avec la victime Personne œuvrant pour l'IUCPQ-UL ou un prestataire de services de santé et de services sociaux Usager Proche

Description des événements qui ont conduit au dépôt de la déclaration de situation de maltraitance

Décrire, le plus précisément possible, les faits qui vous amènent à considérer qu'une personne vulnérable a subi de la maltraitance. Indiquer l'événement, la date, le lieu et l'heure si connus ainsi que les témoins présents, s'il y a lieu.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Précisions sur le type de maltraitance

- Psychologique Violation des droits
 Physique Organisationnelle
 Sexuelle Âgisme
 Matérielle ou financière

Veillez retourner ce formulaire à :
iucpq.gestion.plaintes@ssss.gouv.qc.ca