



FORMULAIRE DE RÉCLAMATION PARTIE 1 - RÉCLAMANT

En conformité avec la *Politique relative aux réclamations en cas de dommages, perte de biens d'un usager, d'un visiteur, d'un bénévole ou toute personne œuvrant à l'institut (DRFL-1114)*, il est à noter qu'aucune réclamation concernant des montant d'argent en espèces, des objets de valeurs ou des effets personnels non nécessaires lors de l'hospitalisation, ne sera recevable sauf dans certains cas jugés exceptionnels.

IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT				
Nom, prénom :		<input type="checkbox"/> Usager	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Représentant légal
Adresse :		<input type="checkbox"/> Visiteur	<input type="checkbox"/> Bénévole	
Ville :		N° de carte IUCPQ-UL :		
Province :	Code postal :	N° d'employé :		
Téléphone principal :		Nom autre contact :		
Téléphone secondaire :		Téléphone autre contact :		

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT		
Bien endommagé ou perdu :		
Date de l'événement :		
Coût d'origine du bien :	Date d'origine de l'achat :	Coût ou estimé :
Description des faits :		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Y a-t-il un ou des témoins des faits? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui : nom(s) et lien(s) avec le réclamant : _____ _____		

SIGNATURE	
_____ Signature du réclamant ou son représentant	_____ Date

Voir verso

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION PARTIE 2 - GESTIONNAIRE

IDENTIFICATION DU SERVICE

Service :

Nom du gestionnaire :

Coordonnées du gestionnaire :

IDENTIFICATION DES PROCÉDURES

usager

L'utilisateur était-il apte à gérer ses biens lors de l'événement? Oui Non

Dans le cas d'un usager, lui a-t-il été recommandé de confier ses biens à un proche ou au Service de sécurité? Oui Non

pour tous

Le bien réclamé était-il rangé dans un endroit/local à cette fin? Oui Non

Le personnel peut-il confirmer la présence du bien endommagé ou perdu? Oui Non

Le Service de sécurité a-t-il été avisé? Oui Non

DESCRIPTION DES FAITS

À quel moment la perte ou le bris du bien réclamé a été constaté et par qui? _____

Description des faits :

Une recherche a-t-elle été menée pour retrouver le bien (s'il y a lieu) : Oui Non

Si oui, description sommaires des recherches menées : _____

SIGNATURE

À votre avis et selon les circonstances, l'établissement est-il responsable? Oui Non

Signature du gestionnaire

Date

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À :

Chef de service des ressources financières – Direction des ressources financières (DRF)
2725, Chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4G5