

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION
Bris, perte ou disparition d'un bien personnel d'un usager
(à remplir et signer par l'usager ou son répondant)

Veuillez SVP,

1. Remplir les 2 pages du formulaire;
2. Le transmettre, avec **la facture d'origine et la facture/soumission de réparation ou de remplacement du bien**, à un membre du personnel ou au gestionnaire du service. Nous vous recommandons de noter le nom et le numéro de téléphone de la personne à qui vous remettez les documents.
3. Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec la Direction adjointe aux opérations financières : comptabilite-generale.cissslau@ssss.gouv.qc.ca, en laissant vos coordonnées pour vous joindre. Merci !

1. IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Ville : _____
Code postal : _____ Téléphone : _____
Adresse courriel : _____ Date de naissance (A-M-J): _____
Lieu où l'usager peut être joint dans l'établissement (Unité, service ou département) :

2. IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT OU ACCOMPAGNATEUR (LE CAS ÉCHÉANT)

Lien avec l'usager : Conjoint(e) Fils/fille Sœur/frère Mandataire/Curateur/tuteur Autre : _____
Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Ville : _____
Code postal : _____ Téléphone : _____
Cellulaire : _____ Adresse courriel : _____

3. DESCRIPTION DU BIEN RÉCLAMÉ

Raison de la demande : Bris Perte Autre : _____
Bien(s) réclamé(s):
 Prothèses Dentaires Supérieures Inférieure
 Auditives Gauche Droite
 Lunettes Vêtements, spécifiez : _____
 Autres, spécifiez : _____
Nombre d'années ou d'usure : 0-1 an 2-3- ans 4-9 ans 10 ans et +

4. INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉVÉNEMENT	
Date de l'événement _____	Nom de l'installation : _____
Lieu _____	Nom du chef concerné _____
Quand aviez-vous le bien pour la dernière fois en votre possession ? _____	
Quand avez-vous constaté la perte ou le bris ? _____	
Avez-vous avisé un membre du personnel lors du constat de la perte ou du bris ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, quel est son nom ? _____	
Expliquez-nous pourquoi vous tenez l'établissement responsable du bris ou de la perte de votre bien : _____	

5. ÉVALUATION FINANCIÈRE	
Estimation du coût de remplacement du bien perdu ou brisé : _____	
Coût d'origine _____	Date d'achat, si connue : _____
Montant de la facture ou de la soumission du bien de remplacement : _____	
Déterminez-vous une assurance pouvant couvrir les frais de réparation ou de remplacement du bien réclamé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Si, après analyse par la direction des ressources financières, la réclamation est acceptée, un % de dépréciation sera appliqué sur le montant du remboursement, selon le Guide de dépréciation de la direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux (DARSSS) :

Chaussures et lunettes de prescription : 33 % par année
Prothèses dentaires et auditives: 1 ^{re} année 15 %; 2 ^e année 20 %; 3 ^e année 25 %; 4 ^e à 9 ^e année 35 %; 10 ans et + 50 %
Vêtements (blouse, chemise, chandail, chapeau, casquette, veste et manteau) à titre indicatif : 50 % par an

6. SIGNATURE DU RÉCLAMANT		
_____	_____	_____
NOM DU RÉCLAMANT	SIGNATURE	DATE (A/M/J)

NOTE AU CHEF DE SERVICE CONCERNÉ (UNITÉ DE SOIN, URGENCE OU AUTRE) : SVP, transmettre ce formulaire, la facture du bien perdu, la facture/soumission de remplacement ainsi que les formulaires : Réclamation pour bris, perte ou disparition d'un bien personnel d'un usager (annexe 2) rempli et signé par vous, AH-223 et Objets personnels des usagers (annexe 6) par courriel à comptabilite-generale.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

7. ACCUSÉ-RÉCEPTION DU FORMULAIRE		
RÉCLAMATION REÇUE PAR :		
_____	_____	_____
NOM	SIGNATURE	DATE (A/M/J)