

# FORMULAIRE DE PLAINTE CONCERNANT UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS INFIRMIERS

## COORDONNÉES

Communiquer des informations vous concernant permettra au personnel du département de vous contacter si des informations supplémentaires sont nécessaires. Notre politique est de garder votre nom confidentiel. Il peut être nécessaire de communiquer la nature de votre plainte, le nom du résident ou votre nom à l'établissement.

**Veillez insérer un « X » en réponse aux questions « Non/Oui »**

VOULEZ-VOUS RESTER ANONYME ? (voir l'explication ci-dessus) Non  Oui

Veillez indiquer vos coordonnées pour le département.

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone en journée : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone secondaire : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Quel est votre lien de parenté avec le résident ? \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR LE RÉSIDENT (obligatoire)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Localisation actuelle :      Établissement de soins infirmiers       Hôpital       Autre, expliquez \_\_\_\_\_

Date de sortie de l'établissement de soins infirmiers, le cas échéant : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement de soins infirmiers : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement de soins infirmiers : \_\_\_\_\_

Ville de l'établissement de soins infirmiers : \_\_\_\_\_ Numéro de chambre \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS SUR LA PLAINTE

Quelle est la date à laquelle l'incident est survenu ? \_\_\_\_\_

Les forces de l'ordre sont-elles impliquées ? Non  Oui

Le programme de soins a-t-il été suivi ? Non  Oui

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

L'incident a-t-il été résolu ? Non  Oui

D'autres résidents sont-ils affectés par l'incident ? Non  Oui

Veillez décrire brièvement votre plainte en indiquant de quelle manière le personnel, les autres résidents et d'éventuels témoins sont impliqués :

## **INSTRUCTIONS**

Le New York State Department of Health examine les plaintes relatives aux soins et aux services fournis aux résidents d'un établissement de soins infirmiers qui ont eu un impact direct ou indirect sur le résident. Pour déposer une plainte concernant les services fournis, remplissez ce formulaire et envoyez-le à :

**NYSDOH  
DRS/SNHCP  
Mailstop: CA/LTC  
Empire State Plaza  
Albany, NY 12237**

**ou**

**Télécopieur : (518) 408-1157**

**ou**

**Courriel : [nhintake@health.state.ny.us](mailto:nhintake@health.state.ny.us)**

Les plaintes seront acceptées si l'incident a eu lieu dans l'année qui précède le dépôt de la plainte auprès du NYS Department of Health.

Afin de nous permettre traiter votre plainte dans les plus brefs délais, veuillez :

- Saisir ou écrire clairement
- Remplir le formulaire dans son intégralité, y compris vos coordonnées
- Indiquer les noms et numéros de téléphone des personnes auprès desquelles vous avez déjà déposé une plainte
- Joindre des copies des documents papier à l'appui de l'incident (**ne pas joindre de documents originaux**)

Le Department of Health est autorisé par les Centers for Medicare et les Medicaid Services à enquêter sur les plaintes et les événements concernant les établissements de soins infirmiers qui ont ou peuvent avoir des conséquences négatives pour les résidents. Il incombe au DOH de veiller à ce que les établissements respectent les exigences réglementaires et d'enquêter sur les cas d'abus, de négligence ou de mauvais traitements.

Types de plaintes les plus courants : accidents, modifications de l'état de santé qui n'ont pas été traitées en temps utile, problèmes d'admission et de sortie, problèmes d'entretien et de maintenance.

Le personnel professionnel examinera vos préoccupations et déterminera la marche à suivre par le département.

Pour toutes questions, contactez le Centralized Complaint Intake Program au 1-888-201-4563, du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h45, sauf les jours fériés.