

Réservé à l'administration

No de dossier K20 : _____

Informations générales

Veuillez noter que toute information contenue dans cette demande est confidentielle, mais celle-ci pourra être transmise à d'autres organismes conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels², notamment à un corps de police.

Le cas échéant, un enquêteur de l'Inspecteur national des services du domaine de la santé et des services sociaux de Santé Québec communiquera avec vous pour compléter votre demande.

Infraction pénale visée par la demande

Veuillez cocher l'infraction pénale visée par la demande :

☐ Acte de maltraitance ☐ Signalement obligatoire ☐ Mesures de représailles

Identification du demandeur

Nom : _____

Prénom : _____

Lien avec la personne victime de l'infraction, le cas
échéant : _____

Nom de votre organisme (si vous travaillez pour un établissement, une résidence
privée pour aînés ou une ressource intermédiaire ou de type familial) : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Identification de l'auteur de l'infraction

Nom : _____

Prénom : _____

Lien avec la personne victime de l'infraction, le cas échéant : ☐ Employé³ ☐ Usager/résident ☐ Proche ☐ Tier ☐ Autre/organisation

Précisez le lien : _____

¹ Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne en situation de vulnérabilité (RLRQ, chapitre L-6.3).

² RLRQ, chapitre A-2.1.

³ Employé d'un établissement, d'une résidence privée pour aînés, d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial.

Section à compléter si l'infraction visée est en lien avec un acte de maltraitance ou des mesures de représailles

Identification de la personne victime de l'infraction

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ No de dossier, si connu⁴: _____

Adresse résidentielle : _____

Nom de l'établissement, de la résidence privée pour aînés ou de la ressource intermédiaire ou de type familial duquel la personne victime reçoit des services, le cas échéant : _____

Type de services reçus, le cas échéant : _____

Nom d'une personne de référence à contacter : _____

La personne victime est-elle visée par une mesure de représentation⁵ ou une mesure d'assistance ?

☐ Oui ☐ Non Précisez : _____

No de dossier du curateur public, si connu : _____

Nom du représentant légal ou de l'assistant, si connu : _____

Si la personne n'est pas visée par une mesure de représentation, est-ce que la personne victime vous a donné son consentement avant de compléter la présente demande ?

☐ Oui ☐ Non

Section à compléter pour toute infraction visée par la demande

Questions à compléter par le demandeur

Description des événements qui vous amène à remplir le présent formulaire.

Décrive, le plus précisément possible, les faits qui soutiennent votre demande.

Date : _____ Heure : _____

Adresse du lieu où l'infraction a été commise : _____

Événements (que s'est-il passé et comment est-ce arrivé ?) : _____

Avez-vous contacté un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou un corps de police en lien avec les événements ?

Si oui, quel a été le résultat ?

⁴ Dossier auprès de l'établissement, de la résidence privée pour aînés ou de la ressource intermédiaire ou de type familial duquel elle reçoit des services.

⁵ Mandat de protection homologué ou tutelle.

Avez-vous parlé de cette situation à un intervenant ou à une personne en autorité au sein de l'établissement, de la résidence privée pour aînée ou de la ressource intermédiaire ou de type familial ?

Si oui, quand et à qui ?

Si non, pourquoi ?

Avez-vous entrepris d'autres démarches en lien avec les événements ?

Si oui, veuillez préciser lesquelles :

Avez-vous remarqué si des personnes étaient présentes lors des événements ou en ont été témoins ?

Si oui, quels sont leur nom et leurs coordonnées ?

Avez-vous d'autres informations pertinentes à fournir au soutien de votre demande ?

Si oui, veuillez indiquer lesquelles :

Ce formulaire peut être transmis par courriel à : contact.inspecteurnational@sante.quebec

Il peut également être transmis par courrier à l'adresse suivante :

Inspecteur national des services du domaine de la santé et des services sociaux

Santé Québec

3000, avenue Saint-Jean-Baptiste, 2^e étage, local 200

Québec (Québec) G2E 6J5

L'envoi de ce formulaire par courrier électronique ou par courrier atteste que les informations qui y sont inscrites sont vraies à ma connaissance. Par la transmission de ce formulaire, je suis conscient que les informations qui y sont contenues pourraient être transmises à un autre organisme conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, notamment à un corps de police.

Il est à noter qu'une demande n'entraînera pas systématiquement des sanctions pénales, notamment si la preuve est insuffisante pour démontrer hors de tout doute raisonnable les éléments constitutifs de l'infraction. Il est possible qu'aucun suivi ne soit effectué auprès du demandeur advenant qu'aucune sanction pénale ne puisse être imposée.