



Programme québécois de remboursement
pour les proches de personnes décédées
à la suite d'un acte criminel

Formulaire de plainte

Afin de contribuer à l'amélioration continue de la qualité de nos services,
n'hésitez pas à nous communiquer votre plainte.
Nous nous engageons à y accorder toute notre attention.

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Avez-vous fait une demande dans le cadre du Programme québécois de remboursement pour les proches de personnes décédées à la suite d'un acte criminel ?

- Oui
- Non

Inscrivez votre numéro de demandeur si vous en possédez un : _____

Indiquez sur quel élément porte votre plainte :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Une décision du Programme de remboursement pour les proches, concernant :<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> L'acceptation ou le refus d'une demande<input type="checkbox"/> Les remboursements / montants reçus<input type="checkbox"/> Le choix des demandeurs<input type="checkbox"/> Autre
Précisez : | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Les services reçus dans le cadre de l'application du Programme :<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> L'information reçue<input type="checkbox"/> Le contact avec un intervenant ou un gestionnaire
Précisez qui :<input type="checkbox"/> Autre élément
Précisez : |
|--|---|

Déclaration

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts.

Signature : _____

Date : _____

Envoi du formulaire

Veillez envoyer votre formulaire par courriel à l'adresse suivante : direction@cavacmontreal.qc.ca, ou par la poste au :

Direction générale
CP 70 BP Saint-Dominique
Montréal, Québec
H2S 3K6