



FORMULAIRE DE RÉCLAMATION – PROGRAMME D’ASSURANCE DE DOMMAGES AUX BIENS ET DE LA RESPONSABILITÉ DES RI/RTF QUI SONT ASSUJETTIS À LA LOI SUR LA REPRÉSENTATION DES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL ET DE CERTAINES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES, INCLUANT LEURS USAGERS

NOM DE LA RESSOURCE : _____ RESSOURCE DEPUIS (AAAA) : _____
 ADRESSE : _____ VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
 TÉLÉPHONE MAISON : _____ TÉLÉPHONE AUTRE : _____

RÉSIDENCE PRINCIPALE ? OUI NON **HABITE AVEC LES USAGERS ?** OUI NON

À CETTE ADRESSE DEPUIS : _____ ANCIENNE ADRESSE : _____

PROPRIÉTAIRE ? OUI NON SI NON, NOM DU PROPRIÉTAIRE : _____

TYPE DE RESSOURCE :

SOUMISE À LA LOI SUR LA REPRÉSENTATION DES RTF ET RI SUR LE RÉGIME DE NÉGOCIATION D’UNE ENTENTE COLLECTIVE « LOI 49 » ? OUI NON INCONNU

RTF – famille d’accueil (jeunes) RTF – résidence d’accueil (adultes – aînés) Ressource intermédiaire (RI)

Type d’organisation résidentielle (pour une RI): Maison d’accueil Autres : _____

NOMBRE D’USAGER(S) VIVANT SOUS VOTRE TOIT : _____ ENFANT ADULTE AÎNÉ

NOMBRE DE PERSONNE(S) VIVANT SOUS VOTRE TOIT : _____

NOM DE L’INTERVENANT POUR LA RESSOURCE : _____

ÉTABLISSEMENT DE L’INTERVENANT : _____

TÉLÉPHONE DE L’INTERVENANT : _____

INTERVENANT INFORMÉ DE LA RÉCLAMATION ? OUI NON

	NOM DE L’USAGER QUI A CAUSÉ LE(S) DOMMAGE(S)	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	NOM DE L’INTERVENANT DE L’USAGER
1			
2			

	DATE DES DOMMAGES	DESCRIPTION DE L’ÉVÉNEMENT
1		
2		
3		

DOMMAGES AUX BIENS DE LA RESSOURCE/USAGER

LES PHOTOS DES BIENS ENDOMMAGÉS SONT **OBLIGATOIRES** AINSI QUE DES ESTIMATIONS **ÉCRITES** DES FOURNISSEURS, MAGASINS, ENTREPRENEURS, POUR LES RÉPARATIONS OU LE REMPLACEMENT DES BIENS, LE CAS ÉCHÉANT

	NOM DU FOURNISSEUR, MAGASIN, ENTREPRENEUR, ETC.	COÛT
1		
2		
	TOTAL :	

NOTE IMPORTANTE: Vous devez conserver tous les biens endommagés jusqu’au moment où nous vous confirmerons que vous pouvez en disposer. En cas de dommages au bâtiment, il est important de ne pas effectuer les réparations avant d’obtenir notre autorisation.

Si vol, service policier avisé ? OUI NON Si oui, numéro du rapport : _____

Nom de votre assureur résidentiel : _____

Valeur à neuf ? Contenu : OUI NON

Bâtiment : OUI NON

RESPONSABILITÉ – DOMMAGES MATÉRIELS ET CORPORELS À AUTRUI

NOM DU TIERS : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

RÉCLAMATION PRÉSENTÉE ? MISE EN DEMEURE LETTRE VERBALE AUTRES : _____

ESTIMATION DE LA RÉCLAMATION : _____

SIGNATURE DE LA RESSOURCE : _____ DATE (JJ/MM/AAAA) _____

Veillez SVP retourner par courriel ou par la poste ce formulaire et y joindre vos documents à l’attention de : **Service d’assistance de la DARSSS**
AQESSS – Direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux
505, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 400, Montréal (Québec) H3A 3C2
avis.reclamations@aqesss.qc.ca