

Postez ou télécopiez votre formulaire rempli à : Secrétariat des appels  
 201 Agronomy Centre  
 6903 - 116<sup>e</sup> rue, Edmonton (Alberta)  
 T6H 5Z2 Télécopieur : 780-422-1088

**Type d'appelant**

Plaignant       Client

Fournisseur de services     Personne impliquée (*personne qui aurait maltraité un client ou qui aurait omis de prévenir les mauvais traitements envers un client*).

Autre (*précisez votre rôle*) \_\_\_\_\_

État civil :	Nom ( <i>Nom de famille, prénom</i> )	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M <sup>lle</sup>		
Numéro de téléphone  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Autre numéro de téléphone  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Numéro de télécopieur  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse électronique ( <i>le cas échéant</i> )		
Adresse ( <i>rue/case postale, ville/municipalité, code postal</i> )		

- Je comprends que je dois signifier le présent avis d'appel dans les 15 jours suivant la réception de l'avis de décision du directeur.
- J'ai été touché par une décision du directeur prise en vertu de l'article 15 de la *Protection for Persons in Care Act* (loi sur la protection des personnes recevant des soins).

**J'interjette appel concernant (*cochez les éléments qui s'appliquent*) :**

la conclusion du directeur selon laquelle l'allégation de mauvais traitements est fondée ou non fondée  
 les démarches qui doivent être effectuées ou les mesures qui doivent être prises par  le fournisseur de services  
 la personne impliquée, conformément à la décision du directeur, et/ou  
 autre (*veuillez préciser*):

<input type="text"/>
----------------------

Voici mes objections particulières à la décision du directeur (joindre des feuilles supplémentaires au besoin):

--	--	--	--	--	--	--	--

Date à laquelle le formulaire a été rempli (aaaa-mm-jj)

---

Signature de l'appelant

PPC3818 Rév. 2017-07

[Reset Form](#)

 [Save Form](#)

 [Print Form](#)

Page 1 de 1