



FORMULAIRE DE DEPOT DE PLAINTE / RECLAMATION

Vous êtes un bénéficiaire, un proche ou un partenaire d'une de nos structures

Vous ressentez le besoin de faire part de votre incompréhension, d'un mécontentement ou d'une proposition d'amélioration concernant le fonctionnement des services Médico Sociaux de l'AFTC Alsace, ce formulaire est pour vous !

Exprimez votre plainte ou votre réclamation par l'intermédiaire de ce formulaire et envoyez-le par mail à info@aftcam.org

Un membre de notre équipe reviendra vers vous dans les 21 jours qui suivent la réception de votre formulaire

Date de dépôt du formulaire _____

Votre plainte concerne Le SAMSAH
 L'Accueil de Jour

Information de la personne déposant le formulaire

Prénom et Nom _____

Lien avec l'ESMS¹ Bénéficiaire
 Entourage d'un bénéficiaire (famille, mandataire judiciaire, etc.)
 Partenaire
 Autre (précisez) : _____

N° de téléphone _____

Adresse mail _____

Avez-vous été accompagné à renseigner ce formulaire Oui Non
Si oui, merci de renseigner les informations de votre aidant.e

Prénom et Nom _____

N° de téléphone _____

Adresse mail _____

¹ ESMS : Etablissement ou Service Médico-Social

