

*FORMULAIRE*  
***Demande de saisine d'une personne qualifiée  
dans le secteur médico-social***

**1. Je soussigné(e) :**

Madame,  Monsieur,

Nom :

Prénom :

Adresse :

**Si vous êtes représentant légal de la personne, complétez l'encadré ci-dessous :**

**Déclare agir en tant que représentant légal de l'usager ci-dessous nommé :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

**2. Demande la saisine d'une personne qualifiée selon deux possibilités :**

- **En choisissant dans la liste des personnes qualifiées, disponible auprès de votre établissement ou sur le site internet de l'ARS.**

Nom / Prénom :

- **En demandant la saisine de la personne qualifiée intervenant dans le département du service ou de l'établissement concerné.**

Département :

**3. Pour faire valoir mes droits dans le différend relatif aux prestations d'accompagnement concernant l'établissement ou le service médico-social suivant :**

Nom :

Adresse :

**Résumé des motifs de la saisine** (peut être accompagné d'un courrier plus détaillé et d'éventuels justificatifs).

Fait à :

Signature :

Le :