

Klachtformulier Regionale klachtencommissie

Datum waarop dit formulier is ingevuld	
Naam klager	
Adres/verblijfplaats klager	
Telefoon klager	
Naam vertrouwenspersoon	
Adres vertrouwenspersoon	
Telefoon vertrouwenspersoon	
De klacht heeft betrekking op de locatie/organisatie	

Wanneer heeft de klacht zich voorgedaan:

Datum: (dd-mm-jjjj)

De klacht/het ongenoegen betreft:

- onheuse behandeling door medewerker(s)
- niet juist omgaan met persoonlijke gegevens
- op de locatie geconfronteerd worden met racisme/discriminatie
- op de locatie geconfronteerd worden met agressie
- op de locatie geconfronteerd worden met ongewenste intimiteiten
- hanteren van huisregels
- besluit tot beëindiging van verblijf
- anders, namelijk:

Omschrijf zo precies mogelijk de reden van uw klacht of de gebeurtenis:

(U kunt de beschrijving ook op een apart vel bijvoegen, meerdere klachten a.u.b. nummeren)

Heeft u de klacht met een medewerker / leidinggevende besproken? Zo ja,

Naam medewerker/leidinggevende :

Op welke datum :

Resultaat van dit gesprek :

Met deze informatie wordt vertrouwelijk omgegaan; gelieve deze te zenden naar het secretariaat onafhankelijke klachtencommissie.

Secretaris Regionale klachtencommissie

Maatschappelijke opvang Oost-Brabant

Postadres: Postbus 909 (postvak DP 3205) | 5600 AX Eindhoven |

Bezoekadres: Dr. Poletlaan 32 | 5626 ND Eindhoven |

T (040) 26 13710 | F (040) 26 13740 |