

Formulaire des griefs des clients

Renseignements sur le client :

Nom

Adresse

Ville
postal

État

Code

()

Numéro de téléphone (avec code régional)

Informations sur les griefs (le cas échéant)

Date : _____

Durée : _____

Lieu : _____

Si transcrit par un employé - Nom de l'employé :

Indiquez le programme associé au grief :

Programme d'aide aux immigrants survivants

Programme d'orientation juridique

Personnes vulnérables en détention

Décrivez brièvement la nature de votre grief :

Donnez le nom de l'employé avec qui vous travaillez :

Comment voudriez-vous que nous résolvions ce problème ?

Transmettre le rapport à l'avocat gérant de l'ISP :

PIRC

PO box 20339,

York, PA 17402

Attn: Avocat gérant de l'ISP