



**Office of the State  
Long Term Care  
Ombudsman**

Programme du médiateur des soins de longue durée de  
l'État de New York

**PERMISSION D'AGIR AU NOM DU RÉSIDENT**

Je donne au programme du médiateur la permission de travailler à la résolution de ma plainte, d'examiner mes dossiers si nécessaire, et de révéler mon identité et/ou des informations afin d'aider à résoudre ma plainte. Je comprends que le médiateur s'entretiendra avec moi avant de révéler mon identité et/ou mes informations à quiconque en dehors du programme du médiateur.

---

Signature du résident ou de son représentant légal

---

Date

Signature en simultanée du Médiateur

J'ai reçu l'autorisation de \_\_\_\_\_ de travailler à la résolution de sa plainte, d'examiner son dossier si nécessaire et de révéler son identité et/ou des informations afin de l'aider à résoudre sa plainte.

---

Médiateur

---

Date