



Formal complaint Form

This form is to be completed by members of the public and/or employers when making a formal complaint regarding an LPN.

EMPLOYERS

Employers must inform the Association when they suspend, terminate, or intend to terminate, the employment of a member of the Association. Employers also have an obligation to report incidents of suspicions of abuse, incompetence, or incapacity.

Your Contact Information Public and Employers

Full name

Phone

Home Address

City

Postal Code

Employer Information For employers reporting an incident

Name of Organization

Phone

Fax

Email

Address

City

Postal Code

Formulaire de plainte formelle

Ce formulaire doit être rempli par les membres du public et/ou les employeurs lorsqu'ils déposent une plainte officielle concernant une IAA.

EMPLOYEURS

Les employeurs doivent informer l'Association lorsqu'ils suspendent, mettent fin ou ont l'intention de mettre fin à l'emploi d'un membre de l'Association. Les employeurs ont également l'obligation de signaler les cas de suspicion d'abus, d'incompétence ou d'incapacité.

Vos coordonnées Public et employeurs

Nom complet

Téléphone

Adresse du domicile

Ville

Code postal

Informations sur l'employeur Pour les employeurs qui rapportent un incident

Nom de l'organisme

Téléphone

Fax

Courriel

Adresse

Ville

Code postal



ANBLPN

Association of New Brunswick Licensed
Practical Nurses

AIAANB

L'Association des Infirmières Auxiliaires
Autorisés du Nouveau-Brunswick

Incident Information
Public and Employers

Informations sur l'incident
Public et employeurs

Type of Incident/Complaint

Type d'incident/plainte

Name(s) of the LPN(S) involved

Nom(s) de l'infirmier(ère) auxiliaires impliqué(e)s

LPN's registration number

Numéro d'enregistrement de l'IAA

LPN's Position

Poste d'IAA

Healthcare facility

Établissement de soins de santé

Date(s)/Time(s) the incident occurred, if known

Date(s)/heure(s) de l'incident, si connues

Exact location where the incident occurred, if known
(ie. name of facility, nursing unit, etc.)

Le lieu exact où l'incident s'est produit, s'il est connu (nom
de l'établissement, de l'unité de soins, etc.).

Details of complaint (as specific as possible)

*If needed, continue on next page, or attach a separate
page to this form.*

Détails de la plainte (aussi précis que possible)

*Si nécessaire, continuez à la page suivante ou joignez une
page séparée à ce formulaire.*





Details of complaint, continued

Détails de la plainte, suite

Signature:

Date:

Please send your detailed complaint by email or mail to:

Veillez envoyer votre plainte détaillée par courriel ou par la poste à :

execdir@npls.ca

OR/OU

ANBLPN | AIAANB
ATT: JoAnne Graham
384 rue Smythe Street
Fredericton, NB E3B 3E4

For more information on the reporting process, visit the ANBLPN website at:

Pour plus d'informations sur le processus de déclaration, visitez le site web de l'ANBLPN à l'adresse suivante :

Public: <https://www.anblpn.ca/investigation-discipline-process>

Public: [Processus d'enquête / de discipline – Association of New Brunswick Licensed Practical Nurses \(anblpn.ca\)](#)

Employers: <https://www.anblpn.ca/wp-content/uploads/2022/06/Employment-Issue-or-Complaint.pdf>

Employeurs : [FR Employment-Issue-or-Complaint.pdf \(anblpn.ca\)](#)

For Office Use Only / Pour usage de bureau seulement:

Date Complaint Received:	
--------------------------	--