

قبل تقديم شكوى

قبل تقديم شكوى إلى المفوضية قد يكون من المفيد الاتصال بخدمة الاستعلامات على الرقم **9219 7444 (02)** أو الخط المجاني في نيو ساوث ويلز على الرقم **1800 043 159** لبحث شكاوك أو طلب المساعدة.

خدمة الترجمة الخطية والشفهية

إذا احتجت لمترجم شفهي يُرجى الاتصال بخدمة الترجمة الخطية والشفهية (TIS National) على الرقم **131 450** وطلب وصل مكالمتك بالمفوضية على الرقم **1800 043 159** (من الاثنين إلى الجمعة من الساعة ٩ صباحاً إلى ٥ مساءً).

أريد تقديم شكوى إلى مفوضية شكاوى الرعاية الصحية (Health Care Complaints Commission) – تفاصيلي هي التالية:

السيد/السيدة/الآنسة (آخر) _____ الاسم الأول _____ اللقب _____
العنوان _____
الرقم البريدي _____ الولاية _____
رقم الهاتف: (خلال ساعات العمل) _____ (بعد ساعات العمل) _____
رقم الموبايل _____ رقم الفاكس _____
عنوان البريد الإلكتروني _____
تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____
لغتي المفضلة (إذا كانت غير اللغة الإنكليزية) هي _____
أفضل طريقة للاتصال بي هي _____
لقد تحدثت مع أحد موظفي الاستعلامات قبل تقديم هذه الشكوى. **نعم** **كلا**
أقدم هذه الشكوى بالأصالة عن: **نفسي** (انتقل إلى الصفحة ٢ من هذه الاستمارة)
شخص آخر (الرجاء إكمال التفاصيل أدناه)

فيما يلي تفاصيل الشخص الذي تلقى الخدمة:

السيد/السيدة/الآنسة (آخر) _____ الاسم الأول _____ اللقب _____
العنوان _____
الرقم البريدي _____ الولاية _____
رقم الهاتف: (خلال ساعات العمل) _____ (بعد ساعات العمل) _____
رقم الموبايل _____ رقم الفاكس _____
عنوان البريد الإلكتروني _____
تاريخ الميلاد _____ / _____ / _____
هل الشخص متوفى؟ **نعم** (إذا كانت الإجابة نعم انتقل إلى الصفحة التالية) **كلا**
هل ذلك الشخص مدرك أنك تقدم هذه الشكوى؟ **نعم** **كلا**
علاقتي بالشخص هي (مثلاً أخت، والد/ة، مقدم رعاية) _____
لغة الشخص المفضلة (إذا كانت غير اللغة الإنكليزية) هي _____

الأمور الرئيسية التي تثير قلقك هي:

نتيجة لشكواي أريد ما يلي:

لقد أثرت هذه الشكوى مع مقدم الرعاية الصحية؟
إذا كانت الإجابة نعم، ماذا كانت النتيجة؟

كلا

نعم

لقد اشتكيت إلى مؤسسة أخرى بشأن القضية ذاتها؟
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إعطاء تفاصيل

كلا

نعم

سترسل المفوضية نسخة من هذه الشكوى إلى مقدمي الخدمة الصحية الذين ذكرتهم في شكواك وستطلب منهم تقديم رد إلى المفوضية.

كلا

نعم

أوافق على توجيه نسخة من شكواي لهذا الغرض.
إذا كانت الإجابة كلا، يرجى إخبار المفوضية عن سبب ذلك.

من المفيد للمفوضية الحصول على موافقة الشخص الذي تلقى الخدمة كي تتمكن من طلب نسخة من سجلاته الطبية، إذا كان ذلك لازماً. وإذا كنت تقدم شكوى بالنيابة عن شخص آخر يُرجى أن تطلب من ذلك الشخص إعطاء موافقته إذا أمكن. أنا، _____ ، أعطي المفوضية موافقتي على الاطلاع على سجلاتي الصحية لغرض تقييم هذه الشكوى.

التوقيع _____ التاريخ ____/____/____

قبل إرسال هذه الاستمارة يُرجى التأكد من أنك:

- ملأت استمارة الشكوى
- قدمت تفاصيل مقدّم الخدمة الصحية الذي تقدّم الشكوى ضده
- حدّدت الأمور مثار قلقك بوضوح
- أرفقت نسخاً من أية مستندات أو معلومات. الرجاء عدم إرسال المستندات الأصلية.

يُرجى إرسال المعلومات إلى:

The Commissioner (المفوض)
Health Care Complaints Commission (مفوضية الشكاوى الخاصة بالرعاية الصحية)
Locked Mail Bag 18
STRAWBERRY HILLS NSW 2012

يمكنك الاتصال بنا

رقم الهاتف: (02) 9219 7444 خط مجاني في نيو ساوث ويلز: 1800 043 159
رقم الفاكس: (02) 9281 4585
الطابعة الهاتفية (الضعيفي السمع): (02) 9219 7555
البريد الإلكتروني: hccc@hccc.nsw.gov.au
الموقع الإلكتروني: www.hccc.nsw.gov.au

يُعتبر أمراً مخالفاً للقانون قيام أي شخص بتقديم معلومات كاذبة أو مضللة للمفوضية.

بيان الحفاظ على الخصوصية

لن تفصح المفوضية عن أية معلومات تقدمها أنت لها إلا ما كان منها لازماً لأدائها مهامها بموجب قانون الشكاوى الخاصة بالرعاية الصحية.

الرجاء أن تخبرنا، كيف سمعت عن المفوضية؟

- الإنترنت
- دليل الهاتف
- منشور/ملصقة
- حضرت ندوة
- من العائلة/الأصدقاء
- مقدّم الخدمة الصحية
- قدّمت شكوى سابقاً
- طريقة أخرى (يُرجى تحديد الطريقة)