

# 投诉表格

## 递交投诉之前

在向本委员会递交投诉之前，最好先与问询服务处联系，电话 **(02) 9219 7444**，或者拨新南威尔士州免费电话 **1800 043 159**，讨论你的投诉或者寻求协助。

## 笔译及口译服务

如果你需要一位口译员，请与全国笔译及口译服务处联系，电话 **131 450**，请他们为你拨通本委员会的电话 **1800 043 159** (周一至周五上午 9 点至下午 5 点)。

## 我要向医疗卫生服务投诉委员会(Health Care Complaints Commission)递交一份投诉信。我的个人细节如下：

先生/太太/女士（其他） \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

邮政编号 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_

电话: (上班时间) \_\_\_\_\_ (下班后) \_\_\_\_\_

手机 \_\_\_\_\_ 传真 \_\_\_\_\_

电子邮件地址 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

我选择的语言是(如果不是英语) \_\_\_\_\_

和我联系的最佳方式是 \_\_\_\_\_

在递交此投诉信之前，我已经与问询人员谈过。 **是** **否**

我递交此投诉是代表: **我本人** (翻到表格第 2 页)

**其他人** (请填写以下细节情况)

## 服务接受者的细节情况:

先生/太太/女士（其他） \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

邮政编码 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_

电话:(上班时间) \_\_\_\_\_ (下班后) \_\_\_\_\_

手机 \_\_\_\_\_ 传真 \_\_\_\_\_

电子邮件地址 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

此人是否已去世? **是** (如果是, 请翻到下一页) **否**

此人是否知道你递交此投诉? **知道** **不知道**

你与此人的关系 (如姐妹、父母、照顾人) \_\_\_\_\_

此人选择的语言是 (如果不是英语) \_\_\_\_\_



我投诉的主要问题是:

---

---

---

---

---

我希望得到的投诉结果是:

---

---

---

---

---

我已经与医疗卫生服务提供者谈过此投诉? 是 否

如果是, 结果如何?

---

---

---

---

---

我已经就此事向另一个机构提出了投诉? 是 否

如果是, 请提供详情。

---

---

---

---

---

本委员会将把此投诉的副本转给你在此投诉表格中列举出的医疗卫生服务提供者, 并让他们向本委员会做出答复。

我同意基于此目的, 将我的投诉副本转给他人。 同意 不同意

如果不同意, 请告诉我们原因。

---

---

---

---

---

本委员会希望得到服务获得者的许可，在需要时索取他们的医疗记录副本。如果你代表某人提出投诉，如果可能，请他们提供下列同意书。

本人，\_\_\_\_\_，允许医疗卫生服务投诉委员会基于处理此投诉的目的查阅我的个人医疗记录。

签名\_\_\_\_\_ 日期\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**在寄发此表格之前，请核查你是否：**

- 填完投诉表格
- 提供了你所投诉的医疗卫生服务提供者的细节
- 清楚地说明你的不满
- 附上所有其它有关文件或资料。请不要寄原件。

**请将资料寄到以下地址：**

医疗卫生服务投诉委员会投诉专员

The Commissioner

Health Care Complaints Commission

Locked Mail Bag 18

STRAWBERRY HILLS NSW 2012

**与我们联系：**

电话： (02) 9219 7444 本州内免费长途电话：1800 043 159

传真： (02) 9281 4585

打字电话 (供有听力残障者使用)： (02) 9219 7555

电子邮件： [hccc@hccc.nsw.gov.au](mailto:hccc@hccc.nsw.gov.au)

网站： [www.hccc.nsw.gov.au](http://www.hccc.nsw.gov.au)

向本委员会提供虚假或误导的信息属违法行为。

**隐私保密声明**

本委员会除了遵照医疗卫生服务投诉法案行使它的职权以外，不会透露你所提供的任何信息。

**请告诉我们，你通过什么途径了解到本委员会的情况？**

- 互联网
- 电话簿
- 小册子/招贴传单
- 信息介绍会
- 亲友
- 医疗卫生服务提供者
- 我曾向委员会提出过投诉
- 其它 (请说明) \_\_\_\_\_