

Formulaire de plainte



Avant de déposer une plainte

Avant de déposer une plainte auprès de la commission, nous vous recommandons de contacter le service des renseignements au **(02) 9219 7444**, ou gratuitement en Nouvelle-Galles du Sud au **1800 043 159**, pour discuter de votre plainte ou obtenir de l'aide.

Service de traduction et d'interprétation

Si vous avez besoin d'un interprète, veuillez contacter le service de traduction et d'interprétation (TIS National) au **131 450** et demandez-leur de vous mettre en contact avec la commission au **1800 043 159** (du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures).

Je souhaite déposer une plainte auprès de la commission chargée des plaintes relatives aux soins de santé (Health Care Complaints Commission). Mes coordonnées sont les suivantes :

M. / Mme / Mlle (autre) _____ Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ État : _____

Téléphone : (heures de bureau) _____ (en soirée) _____

Portable : _____ Télécopie : _____

Courriel : _____

Date de naissance : ____/____/_____

Je préfère communiquer en (si autre langue que l'anglais) : _____

La meilleure façon de me contacter est par _____

J'ai déjà parlé à un agent chargé des demandes de renseignements avant de déposer cette plainte. **Oui** **Non**

Je dépose cette plainte au nom de : **Moi-même** (allez directement à la page 2 du formulaire)

Une autre personne (remplissez la section ci-dessous)

Les coordonnées de la personne qui a reçu les services sont les suivantes :

M. / Mme / Mlle (autre) _____ Prénom : _____ Nom de famille : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ État : _____

Téléphone : (heures de bureau) _____ (en soirée) _____

Portable : _____ Télécopie : _____

Courriel : _____

Date de naissance : ____/____/_____

La personne en question est-elle décédée ?

Oui (si la réponse est « Oui », allez directement à la page suivante) **Non**

La personne en question sait-elle que vous déposez cette plainte ? **Oui** **Non**

Relation avec cette personne (par exemple, sœur, parent, soignant) : _____

La personne préfère communiquer en (si autre langue que l'anglais) : _____

Les principaux problèmes qui me préoccupent sont :

Je veux que ma plainte résulte dans la mise en œuvre des mesures suivantes :

J'ai contacté le prestataire de soins de santé à propos de cette plainte ? **Oui** **Non**

Si la réponse est oui, quel en a été le résultat ?

J'ai déposé une plainte auprès d'un autre organisme à propos du même problème ?

Oui **Non**

Si oui, veuillez donner de plus amples détails.

La commission fera parvenir un exemplaire de cette plainte aux prestataires de soins que vous avez identifiés, en leur demandant de fournir une réponse à la commission.

Je consens à ce qu'un exemplaire de ma plainte soit diffusé à cette fin. **Oui** **Non**

Si la réponse est non, veuillez indiquer à la commission la raison de ce refus.

Afin d'aider la commission dans ses démarches, il serait utile que la personne ayant bénéficié des services autorise la commission à demander, en cas de besoin, un exemplaire de son dossier médical. Si vous déposez une plainte au nom d'une autre personne, demandez-lui de fournir ce consentement dans la mesure du possible.

Je soussigné(e), _____, donne à la commission l'autorisation d'accéder à mes dossiers médicaux personnels uniquement aux fins de procéder à l'évaluation de cette plainte.

Signature : _____ Date : ____/____/____

Avant d'envoyer ce formulaire, vérifiez bien que vous avez :

- rempli le formulaire de plainte,
- donné les coordonnées du ou des prestataire(s) de soins de santé faisant l'objet de cette plainte,
- clairement indiqué vos préoccupations,
- joint des exemplaires des autres documents et informations nécessaires, et pris soin de ne pas envoyer les documents originaux.

Merci d'envoyer toutes les informations à :

The Commissioner
Health Care Complaints Commission
Locked Mail Bag 18
STRAWBERRY HILLS NSW 2012

Comment nous contacter ?

Téléphone : (02) 9219 7444 Numéro vert en Nouvelle-Galles du Sud : 1800 043 159

Télécopie : (02) 9281 4585

Téléscripteur (pour les personnes malentendantes) : (02) 9219 7555

Courriel : hccc@hccc.nsw.gov.au

Site Web : www.hccc.nsw.gov.au

Fournir des informations fausses ou trompeuses à la commission constitue une infraction.

Déclaration de confidentialité

La commission s'engage à ne révéler les informations que vous avez fournies que dans le cadre de ses fonctions et conformément à la loi sur les plaintes relatives aux soins de santé.

Par avance merci de préciser comment vous avez entendu parler de la commission ?

- Internet.
- Annuaire téléphonique.
- Brochure / affiche.
- Présentation à laquelle vous avez assisté.
- Famille / Ami(e).
- Un prestataire de soins de santé.
- J'ai déjà déposé une plainte auprès de la commission.
- Autre (précisez) : _____