

शिकायत का फ़ार्म

शिकायत भेजने से पहले

कमीशन को शिकायत भेजने से पहले, यह उपयोगी होगा कि पूछताछ सेवा (Inquiry Service) से (02) 9219 7444 पर अथवा NSW में निःशुल्क नम्बर 1800 043 159 पर संपर्क करके अपनी शिकायत के विषय में बातचीत करें या मदद लें।

अनुवाद व दुभाषिया सेवा

यदि आपको दुभाषिए की आवश्यकता है तो कृपया अनुवाद व दुभाषिया सेवा (TIS National) से 131 450 पर संपर्क करें और उनसे इस कमीशन (Health Care Complaints Commission) को (सोमवार से शुक्रवार सुबह 9:00 बजे से सांय बजे तक) 1800 043 159 पर फ़ोन मिलाने के लिए कहें।

मैं स्वास्थ्य देख-भाल शिकायत कमीशन (Health Care Complaints Commission) को शिकायत भेजना चाहता/ती हूँ – मेरा विवरण इस प्रकार है:

श्री/श्री मती/मिज़ (अन्य) _____ पहला नाम _____ कुल नाम _____
पता _____
पोस्टकोड _____ राज्य _____
टेलिफ़ोन: (कार्य समय में) _____ (कार्य समय के बाद के घंटों में) _____
मोबाइल _____ फ़ैक्स _____
इ-मेल _____
जन्म तिथि ____/____/_____
मेरी पसन्द की भाषा (यदि अंग्रेज़ी के अलावा हो तो) है: _____
मुझसे संपर्क करने का सबसे बढ़िया तरीका है _____
यह शिकायत दर्ज करने से पहले मैं पूछताछ अधिकारी से बात कर चुका/की हूँ हाँ नहीं
मैं यह शिकायत किसके लिए दर्ज कर रहा/ही हूँ: अपने लिए (फ़ार्म के पृष्ठ 2 पर जाएं)
 अन्य व्यक्ति के लिए (कृपया नीचे दिए गए विवरण को पूरा करें)

जिस व्यक्ति को सेवा प्रदान की गई उसका विवरण यह है:

श्री/श्रीमती/मिज़ (अन्य) _____ पहला नाम _____ कुल नाम _____
पता _____
पोस्टकोड _____ राज्य _____
टेलिफ़ोन: (कार्य समय में) _____ (कार्य समय के बाद के (insert) घंटों में) _____
मोबाइल _____ फ़ैक्स _____
इ-मेल _____
जन्म तिथि ____/____/_____
क्या इस व्यक्ति का स्वर्गवास हो चुका है? हाँ (यदि हाँ तो अगले पृष्ठ पर जाएं) नहीं
क्या इस व्यक्ति को मालूम है कि आप यह शिकायत कर रहे/ही हैं? हाँ नहीं
इस व्यक्ति से मेरा क्या रिश्ता है (जैसे कि बहन, माता-पिता, देख-भाल कर्ता) _____
इस व्यक्ति की पसन्द की भाषा (यदि अंग्रेज़ी के अलावा हो तो) है _____

में निम्नलिखित के विषय में शिकायत करना चाहता/ती हूँ:

प्रदानकर्ता एक

स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ता का नाम: _____

पता _____

पोस्टकोड _____ राज्य _____

टेलिफोन: _____

स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ता किस प्रकार का है (जैसे कि डॉक्टर, नर्स, दन्त-चिकित्सक, अस्पताल) _____

किस क्षेत्र का विशेषज्ञ है (यदि लागू होता है तो): _____

प्रदानकर्ता दो

स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ता का नाम: _____

पता _____

पोस्टकोड _____ राज्य _____

टेलिफोन: _____

स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ता किस प्रकार का है (जैसे कि डॉक्टर, नर्स, दन्त-चिकित्सक, अस्पताल) _____

किस क्षेत्र का विशेषज्ञ है (यदि लागू होता है तो): _____

यदि आप अन्य और स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ताओं के बारे में शिकायत करना चाहते/ती हैं तो कृपया उनका विवरण अलग पृष्ठ पर लिख कर इस फ़ार्म के पीछे संलग्न करें।

मेरी शिकायत है :

नीचे दिए गए स्थान में अपनी शिकायत का छोटा सा सारांश दें। यह जानकारी देना उपयोगी होगा कि क्या हुआ, कब हुआ, कौन शामिल था, तथा आपके पास जो भी संबंधित कागज़ात हैं, उनको इस फ़ार्म के पीछे संलग्न करें।

में इन मुख्य समस्याओं के बारे में चिन्तित हूँ:

में चाहता/ती हूँ कि मेरी शिकायत के परिणामस्वरूप निम्नलिखित किया जाए:

क्या मैंने स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ता को इस शिकायत के बारे में बताया है? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो उसका क्या परिणाम हुआ?

क्या मैंने अन्य किसी संगठन से इसी मामले के विषय में शिकायत की है? हाँ नहीं
यदि हाँ, तो उसका विवरण दें

यह कमीशन, इस शिकायत की प्रतिलिपि उन स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ताओं को भेजेगा, जिनकी पहचान आपने अपनी शिकायत में की है और हम उनसे कहेंगे कि वह अपना उत्तर इस कमीशन को दें।

में सहमत हूँ कि मेरी शिकायत की प्रतिलिपि इस प्रयोजन से जारी की सकती है। हाँ नहीं
यदि नहीं, तो कमीशन को बताएं क्यों नहीं।

जिस व्यक्ति को सेवा प्रदान की गई है, उसकी अनुमति मिल जाने से कमीशन को सहायता मिलेगी, जिससे कि यदि आवश्यकता हो तो, कमीशन उस व्यक्ति से उसके मेडिकल रिकार्ड लेने के लिए निवेदन कर सके। यदि आप किसी अन्य व्यक्ति के लिए शिकायत कर रहे/ही हैं, तो यदि हो सके तो कृपया उनसे यह अनुमति देने के लिए कहें।

मैं, _____, कमीशन को अनुमति देता/ती हूँ कि इस शिकायत के मूल्यांकन के लिए वे मेरे निजी मेडिकल रिकार्ड देख सकते हैं।

हस्ताक्षर _____ तिथि ____/____/____

आप यह फ़ार्म भेजने से पहले, कृपया पक्का करें कि आपने निम्नलिखित पूरा किया है:

- शिकायत का फ़ार्म पूरा भरा है
- जिस स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ता की शिकायत आप कर रहे/ही हैं, उसका विवरण दिया है
- अपनी परेशानियाँ स्पष्ट रूप से बता दी हैं
- अन्य कागज़ातों अथवा जानकारी की प्रतिलिपियाँ संलग्न कर दी हैं। कृपया मौलिक कागज़ात न भेजें।

कृपया जानकारी निम्नलिखित को भेजें:

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

आप हमसे निम्नलिखित पर संपर्क कर सकते/ती हैं

टेलिफ़ोन: (02) 9219 7444 NSW में निःशुल्क: 1800 043 159

फ़ैक्स: (02) 9281 4585

TTY (बधिर लोगों के लिए): (02) 9219 7555

इ-मेल: hccc@hccc.nsw.gov.au

वेबसाइट: www.hccc.nsw.gov.au

किसी भी व्यक्ति के लिए कमीशन को झूठी या बहकाने वाली जानकारी देना जुर्म है।

गोपनीयता बयान

आपकी दी हुई कोई भी जानकारी कमीशन प्रकट नहीं करेगा सिवाय जब वह स्वास्थ्य देखभाल शिकायत कानून के अंतर्गत अपना काम कर रहा होगा।

कृपया हमें बताएं कि आपको कमीशन के बारे में कहाँ से पता चला?

- इन्टरनेट
- फ़ोन की डायरेक्टरी
- ब्रोशर/पोस्टर
- इससे संबंधित प्रस्तुतिकरण देखा
- परिवार/मित्र
- स्वास्थ्य सेवा प्रदानकर्ता
- मैंने पहले भी कमीशन से शिकायत की है
- अन्य (कृपया विशेष रूप से बताएं) _____