

불만 신고서

불만을 신고하기 전에

본 위원회에 불만을 신고하기 전에, (02) 9219 7444 나 NSW 주에서의 무료 전화 1800 043 159 의 문의 서비스에 전화해서 당신의 불만을 상담하거나 도움을 받는 것이 좋을 것입니다.

번역 통역 서비스

통역사가 필요하시면, 번역 통역 서비스 (TIS National) 131 450 에 전화해서 본 위원회 1800 043 159로 (월요일부터 금요일 오전 9.00시에서 오후 5.00시까지) 통화 연락을요청하십시오.

나는 건강관리 불만 위원회에 불만을 신고하기 원합니다 (Health Care Complaints Commission). 나의 인적사항은 다음과 같습니다:

Mr/Mrs/Ms(기타) _____ 이름 _____ 성 _____

주소 _____

우편번호 _____ 주 _____

전화: (근무시간) _____ (퇴근후) _____

휴대폰 _____ 팩스 _____

이 메일 주소 _____

생년월일 ____/____/____.

선호하는 언어 (영어를 제외한)는 _____

나에게 연락할 가장 좋은 방법은 _____

이 불만을 신고하기 전에 문의 담당관과 이야기했습니다. **예** **아니요**

다음사람을 대신하여 불만신고를 합니다. **나 자신** (이 양식의 2 페이지로 가십시오)

다른 사람 (아래사항을 작성하십시오)

서비스를 받은 사람의 인적사항:

Mr/Mrs/Ms (기타) _____ 이름 _____ 성 _____

주소 _____

우편번호 _____ 주 _____

전화: (근무시간) _____ (퇴근후) _____

휴대폰 _____ 팩스 _____

이메일 주소 _____

생년월일 ____/____/____.

이 사람은 사망했습니까? **예** (이 경우에는 다음페이지로 가세요) **아니요**

이 사람은 당신이 이 불만신고를 하는 것에 대해 알고 있습니까? **예** **아니요**

이 사람과 나와 관계(예를 들어 여자 형제, 부모, 간병인) _____

이 사람이 선호하는 언어(영어가 아닐 경우) _____

나는 다음 사항에 대해 불평하고 싶습니다:

제공자 1

의료 서비스 제공자 이름: _____

주소 _____

우편번호 _____ 주 _____

전화 _____

의료 서비스 제공자의 종류(예를 들어 의사, 간호원, 치과의사, 병원) _____

전문분야(해당시): _____

제공자 2

의료 서비스 제공자 이름: _____

주소 _____

우편번호 _____ 주 _____

전화 _____

의료 서비스 제공자의 종류(예를 들어 의사, 간호원, 치과의사, 병원) _____

전문분야(해당시): _____

당신이 불평하는 의료 서비스 제공자가 더 있는 경우에는, 이 용지서의 후면에 별개의 종이에 그들의 사항을 적어 첨부하십시오.

나의 불평은:

다음의 공간을 이용해 당신의 불평에 대해 간단히 요점을 적으세요. 어떤 일이 있었는지, 언제 일어났는지, 어떤 사람들이 연관되었는지를 이 용지의 후면에 갖고 계신 서류를 첨부하는 것이 좋습니다.

나의 주요 관심사는:

불평의 결과로서 다음 사항을 원합니다:

나는 이 불평에 대해서 의료 서비스 제공자에게 연락했습니까? 예 아니요

예라면, 결과는 무엇이었습니까?

다른 기관에 똑 같은 일로 불만을 신고했습니까? 예 아니요

“예”라면, 그들의 사항을 써 주십시오.

본 위원회는 당신이 지적한 건강 서비스 제공자에게 이 불평의 사본을 보내고 그들이 본 위원회로 회답하기를 요구할 것입니다.

나는 나의 불평의 사본이 이 목적으로 보내지게 되는 것을 동의합니다. 예 아니요

아니면, 그 이유를 본 위원회에 알려 주십시오.

본 위원회가 필요시에는 그들의 의료 기록의 사본을 요청할 수 있도록 서비스를 받은 사람의 동의가 필요합니다. 당신이 타인을 대신하여 이 불만을 제시하는 경우에는 다른 사람이 가급적 이 동의서를 제출하도록 요구하십시오.

나 _____ 는. 이 불만을 처리하는 과정에서
내 개인 의료기록을 본 위원회가 이용하는 것에 동의합니다.

서명 _____ 날짜 ____/____/____

이 양식을 보내기 전에, 다음 사항을 확인하십시오.

- 불만 신고서를 작성했습니다.
- 당신이 불평하는 의료서비스제공자의 자세한 사항을 주었습니다.
- 당신의 관심사를 명확히 지적했습니다.
- 기타 다른 서류나 정보의 사본을 첨부했습니다. 원본은 보내지 마십시오

이 정보를 다음 곳으로 보내십시오:

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

다음 전화번호로 연락하실 수 있습니다.

전화: (02) 9219 7444 NSW주 안에서 무료 전화: 1800 043 159

팩스: (02) 9281 4585

TTY (청각 장애자를 위한 번호): (02) 9219 7555

이메일: hccc@hccc.nsw.gov.au

웹사이트: www.hccc.nsw.gov.au

거짓이나 오도하는 정보를 위원회에 제공하는 것은 불법행위입니다.

비밀보장 진술서

본 위원회는 당신이 제공한 정보를 헬스 케어 불만 법령에 따라 그 기능을 수행하는 업무를 제외하고는 다른 곳에 누설하지 않을 것입니다.

이 위원회에 대해서 어떻게 알게 되었는지 알려주십시오.

- 인터넷
- 전화 번호부
- 책자/포스터
- 발표에 참가
- 가족/친구
- 의료 서비스 제공자
- 이전에 본 위원회에 불평을 신고 한 적이 있었다
- 기타(적어 주십시오) _____

Korean - 한국어