

Formularz skargi

Przed złożeniem skargi

Przed złożeniem skargi w Komisji, dobrze jest skontaktować się Służbą Dochodzeniową pod numerem **(02) 9219 7444** lub pod numerem bezpłatnym w NSW **1800 043 159** w celu omówienia twojej skargi i szukania pomocy.

Telefoniczna Służba Tłumaczy

Jeśli potrzebujesz tłumacza ustnego, prosimy skontaktować się z Telefoniczną Służbą Tłumaczy (TIS National) pod numerem **131 450** i poprosić o połączenie z Komisją – numer **1800 043 159** (od poniedziałku do piątku w godzinach od 9.00 do 17.00).

Chciałbym złożyć skargę w Komisji ds. Skarg na Służbę Zdrowia (Health Care Complaints Commission) – oto moje dane:

Mr/Mrs/Ms (inne) _____ Imię _____ Nazwisko _____

Adres _____

Kod pocztowy _____ Stan _____

Telefon: (w godzinach pracy) _____ (wieczorem) _____

Komórkowy _____ Faks _____

Adres emailowy _____

Data urodzenia ____/____/____

Mój preferowany język, (jeśli inny niż angielski) _____

Najlepszy sposób skontaktowania się ze mną _____

Przed złożeniem tej skargi rozmawiałem z Inquiry Officer. **Tak** **Nie**

Składam tę skargę w imieniu: **własnym** (przejdź do strony 2 formularza)

innej osoby (prosimy wypełnić poniższe dane)

Dane osoby, która otrzymała usługę:

Mr/Mrs/Ms (inne) _____ Imię _____ Nazwisko _____

Adres _____

Kod pocztowy _____ Stan _____

Telefon: (w godzinach pracy) _____ (wieczorem) _____

Komórkowy _____ Faks _____

Adres emailowy _____

Data urodzenia ____/____/____

Czy ta osoba nie żyje? **Tak** (jeśli tak, przejdź do następnej strony) **Nie**

Czy ta osoba wie, że składasz tę skargę? **Tak** **Nie**

Mój stosunek pokrewieństwa do tej osoby (np. siostra, ojciec/matka, opiekun) _____

Preferowany język tej osoby, (jeśli inny niż angielski) _____

Sprawy, które mnie najbardziej niepokoją, to:

Chciałbym, żeby w wyniku mojej skargi:

Czy skontaktowałem się w sprawie mojej skargi z usługodawcą? Tak Nie

Jeśli tak, to, jaki był tego rezultat?

Czy poskarżyłem się w innej organizacji w tej samej sprawie? Tak Nie

Jeśli tak, to podaj szczegóły.

Komisja wyśle kopię tej skargi do wskazanych przez ciebie w tej skardze usługodawców, prosząc, by odpowiedzieli na nią Komisji.

Zgadzam się, żeby kopia mojej skargi została wysłana w tym celu Tak Nie

Jeśli nie, prosimy wyjaśnić Komisji, dlaczego.

Zgoda osoby, która skorzystała z usługi, byłaby dla Komisji pomocna, gdyż w razie potrzeby pozwoliłaby ona Komisji poprosić o kartotekę zdrowia. Jeżeli skarżysz się w imieniu innej osoby, prosimy, w miarę możliwości uzyskać od niej tę zgodę.

Ja , _____, udzielam Komisji swojej zgody na dostęp do mojej kartoteki zdrowia w celu rozpatrzenia niniejszej skargi.

Podpis _____ Data ____/____/____

Przed wysłaniem tego formularza, prosimy sprawdzić, czy:

- wypełniłeś formularz skargi
- podałeś dane usługodawcy, na którego się skarżysz
- w sposób jasny przedstawiłeś sprawę
- załączyłeś kopie dokumentów lub innych informacji. Prosimy nie wysyłać oryginałów dokumentów.

Prosimy wysłać te informacje do:

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

Możesz skontaktować się z nami w następujący sposób:

telefon: (02) 9219 7444 bezpłatny numer w NSW: 1800 043 159

faks: (02) 9281 4585

TTY (dla osób z upośledzeniem słuchu): (02) 9219 7555

email: hccc@hccc.nsw.gov.au

Internet: www.hccc.nsw.gov.au

Udzielenie Komisji fałszywych lub mylnych informacji jest przestępstwem.

Oświadczenie dotyczące prywatności

Komisja nie ujawni żadnych podanych przez ciebie informacji poza koniecznością użycia ich do sprawowania swoich funkcji w ramach ustawy Health Care Complaints Act.

Prosimy powiedzieć nam, skąd dowiedziałeś się o Komisji:

- Internet
- książka telefoniczna
- broszura/plakat
- uczestnictwo w prezentacji
- rodzina/kolega
- usługodawca
- już wcześniej skarżyłem się w Komisji
- inne (prosimy podać) _____