

முறையீட்டைச் சமர்ப்பிப்பதற்கு முன்

ஆணையத்திடம் முறையீட்டைச் சமர்ப்பிப்பதற்கு முன்னால் உங்களது முறையீட்டைப் பற்றி விவாதிக்கவோ, உதவி நாடவோ விரும்பினால், தகவல் சேவையை (02) 9219 7444 என்ற எண்ணில் அல்லது 1800 043 159 என்ற கட்டணம் இல்லாத தொலைபேசியில் (நியூசவுத்வேல்ஸ் மட்டும்) தொடர்பு கொள்வது நல்லது.

மொழிபெயர்த்தல் மற்றும் மொழிபெயர்த்துரைத்தல் சேவை

உங்களுக்கு ஒரு மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் தேவைப்பட்டால், மொழிபெயர்த்தல் மற்றும் மொழிபெயர்த்துரைத்தல் சேவையை (தேசிய TIS) 131 450 என்ற எண்ணில் தயவுசெய்து தொடர்புகொண்டு, அவர்களிடம் உடல்நலப் பராமரிப்பு முறையீட்டு ஆணையத்திற்கு 1800 043 159 என்ற எண்ணில் (திங்கள் முதல் வெள்ளி வரை காலை 9.00 – மாலை 5.00) இணைப்புத் தரும்படி கேளுங்கள்.

உடல்நலப் பராமரிப்பு முறையீட்டு ஆணையம் (Health Care Complaints Commission) வசம் நான் ஒரு முறையீட்டைச் சமர்ப்பிக்க விரும்புகிறேன் - என்னைப் பற்றிய விவரங்கள்:

திரு/திருமதி/செல்வி (மற்றவை) _____ முதற் பெயர் _____ கடைசிப் பெயர் _____

முகவரி _____

அஞ்சல் குறியீட்டெண் _____ மாநிலம் _____

தொலைபேசி: (வேலை நேரம்) _____ (வேலை நேரத்திற்குப் பின்) _____

கைத்தொலைபேசி _____ தொலைநகல் _____

மின்னஞ்சல் முகவரி _____

பிறந்த தேதி ____/____/____

எனக்கு விருப்பமான மொழி (ஆங்கிலம் இல்லையெனில்) _____

என்னுடன் தொடர்பு கொள்ள மிகச்சிறந்த வழி _____

இந்த முறையீட்டைச் சமர்ப்பிக்குமுன் நான் விசாரணை அலுவலரிடம் பேசி விட்டேன். **ஆம்** **இல்லை**

நான் இந்த முறையீட்டைச் சமர்ப்பிப்பது: **எனக்காக** (படிவத்தின் 2-ஆம் பக்கத்திற்குச் செல்லவும்)

மற்ற நபருக்காக (தயவுசெய்து பின்வரும் விவரங்களை நிரப்பவும்)

இந்தச் சேவையைப் பெறும் நபரின் விவரங்கள்:

திரு/திருமதி/செல்வி (மற்றவை) _____ முதற் பெயர் _____ கடைசிப் பெயர் _____

முகவரி _____

அஞ்சல் குறியீட்டெண் _____ மாநிலம் _____

தொலைபேசி: (வேலை நேரம்) _____ (வேலை நேரத்திற்குப் பின்) _____

கைத்தொலைபேசி _____ தொலைநகல் _____

மின்னஞ்சல் முகவரி _____

பிறந்த தேதி ____/____/____

இந்த நபர் இறந்து விட்டாரா? **ஆம்** (ஆம் என்றால் அடுத்த பக்கத்திற்குச் செல்லவும்) **இல்லை**

நீங்கள் இந்த முறையீடு செய்வதை இந்த நபர் அறிவாரா? **ஆம்** **இல்லை**

இந்த நபருடன் எனது உறவுமுறை (எடுத்துக்காட்டாக, சகோதரி, பெற்றோர், பாதுகாவலர்) _____

இந்த நபருக்கு விருப்பமான மொழி (ஆங்கிலம் இல்லையெனில்) _____

நான் கவலை தெரிவிக்கும் முக்கியமான பிரச்சினைகள்:

என் முறையீட்டின் பலனாக நான் விரும்புவன:

இந்த முறையீடு சம்பந்தமாக நான் உடல்நலச் சேவை வழங்குவோரை அணுகியுள்ளேன். ஆம் இல்லை ஆம் என்றால், அதன் விளைவுகள் என்ன?

இதே விவகாரம் குறித்து நான் இன்னொரு அமைப்பிடமும் முறையீடு செய்துள்ளேன். ஆம் இல்லை ஆம் என்றால், தயவுசெய்து விவரங்களைத் தரவும்

ஆணையம் இந்த முறையீட்டின் பிரதி ஒன்றை உங்கள் முறையீட்டில் நீங்கள் குறிப்பிட்டுள்ள உடல்நலச் சேவை வழங்குவோர்களுக்கு அனுப்பி வைத்து, அது சம்பந்தப்பட்ட அவர்களின் பதிலை ஆணையத்திற்கு வழங்குமாறு கேட்டுக் கொள்ளும்.

எனது முறையீட்டின் பிரதியை இந்த நோக்கத்துக்காக வெளியிட நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன். ஆம் இல்லை இல்லை என்றால், என்ன காரணம் என்பதைத் தயவுசெய்து ஆணையத்திற்குத் தெரிவிக்கவும்.

இந்தச் சேவையைப் பெற்ற நபரின் ஒப்புதலானது, அவரது மருத்துவப் பதிவேடுகளைத் தேவையான போது வேண்டிப் பெற ஆணையத்துக்கு மிகவும் உதவிகரமாக இருக்கும். நீங்கள் அடுத்தவர் சார்பில் முறையீடு செய்பவராயிருந்தால், தயவுசெய்து முடிந்தவரை அவர்களை ஒப்புதல் அளிக்கச் செய்யுங்கள்.

_____ ஆகிய நான், இந்த முறையீட்டை மதிப்பீடு செய்ய
என்னுடைய சொந்த உடல்நலப் பதிவேடுகளை ஆணையம் பெறுவதற்கு ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

கையொப்பம் _____ தேதி ____/____/____

இந்தப் படிவத்தை அனுப்புமுன், தயவுசெய்து பின்வருவனவற்றைச் சரிபார்த்துக் கொள்ளவும்:

- முறையீட்டுப் படிவம் நிரப்பப்பட்டுள்ளது
- நீங்கள் முறையீடு செய்யும் உடல்நலச் சேவை வழங்குவோரின் முழுவிவரமும் கொடுக்கப்பட்டுள்ளது
- உங்களது கவலைகள் தெளிவாகக் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளன
- ஆவணங்கள் அல்லது தகவல்களின் பிரதிகள் இணைக்கப்பட்டுள்ளன. தயவுசெய்து மூல ஆவணங்களை அனுப்ப வேண்டாம்.

தகவல்களை அனுப்ப:

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

எங்களுடன் தொடர்பு கொள்ள:

தொலைபேசி: (02) 9219 7444 கட்டணம் இல்லாத் தொலைபேசி (நியூசவுத்வேல்ஸ் மட்டும்): 1800 043 159

தொலைநகல்: (02) 9281 4585

தொலைத்தட்டச்சு (கேட்கும் திறன் குறைபாடு உள்ளோருக்கு): (02) 9219 7555

மின்னஞ்சல்: hccc@hccc.nsw.gov.au

இணையதளம்: www.hccc.nsw.gov.au

ஆணையத்திற்கு தவறான அல்லது ஏமாற்றுகின்ற தகவல்களைத் தருவது குற்றமாகும்.

அந்தரங்க வாக்குமூலம்

ஆணையம் நீங்கள் தருகின்ற எந்தத் தகவல்களையும், உடல்நலப் பராமரிப்பு முறையீடுகள் சட்டம் அனுமதிக்கும் செயல்பாடுகளை நிறைவேற்றுவதைத் தவிர, வேறு எந்த வகையிலும் வெளிப்படுத்தாது.

ஆணையத்தைப் பற்றி எப்படிக்கேள்விப்பட்டீர்கள் என்பதைத் தயவுசெய்து தெரிவிக்கவும்

- இணையம்
- தொலைபேசிப் புத்தகம்
- துண்டு வெளியீடு/சுவரொட்டி
- விளக்கவுரைக் கூட்டத்தில் கலந்து கொண்டேன்
- குடும்பம்/நண்பர்
- உடல்நலச் சேவை வழங்குவோர்
- நான் ஏற்கனவே ஆணையத்திடம் முறையீடு செய்துள்ளேன்
- மற்றவை (தயவுசெய்து குறிப்பிடவும்) _____