

Формулар за жалба

Пред да поднесете жалба

Пред да поднесете жалба во Комисијата, можеби ќе биде корисно ако телефонирате во Информативната служба (Inquiry Service) на **(02) 9219 7444** или бесплатно за Нов Јужен Велс на **1800 043 159** за да разговарате за вашата жалба или да побарате помош.

Служба за писмено и усмено преведување (Translating and Interpreting Service)

Ако ви треба преведувач, ве молиме контактирајте ја Службата за писмено и усмено преведување (TIS National) на **131 450** и побарајте да ве поврзат со Комисијата на **1800 043 159** (од понеделник до петок, од 9.00 ч. наутро до 5.00ч. попладне).

Сакам да поднесам жалба до Комисијата за жалби во врска со здравствени услуги (Health Care Complaints Commission) – моите податоци се:

Г-дин/Г-ѓа/Г-ѓица (друго) _____ Име _____ Презиме _____

Адреса _____

Поштенски број _____ Држава _____

Телефон: (во работно време) _____ (после работа) _____

Мобилен телефон _____ Факсимил _____

Адреса на електронска пошта _____

Датум на раѓање ____ / ____ / _____

Јазикот на кој претпочитам да зборувам е (ако тоа не е англиски) _____

Најдобар начин да ме контактирате е _____

Зборував со службеник од Информативната служба пред да ја поднесам оваа жалба.

Да Не

Ја поднесувам оваа жалба: **Во мое име** _____ (одете на страна 2 од овој формулар)

Во име на друго лице _____ (ве молиме, внесете ги податоците подолу)

Податоци за лицето кое ја примило услугата се:

Г-дин/Г-ѓа/Г-ѓица (друго) _____ Име _____ Презиме _____

Адреса _____

Поштенски број _____ Држава _____

Телефон: (во работно време) _____ (после работа) _____

Мобилен телефон _____ Факсимил _____

Адреса на електронска пошта _____

Датум на раѓање ____ / ____ / _____

Дали се работи за починато лице? **Да** (ако одговорот е 'да' преминете на другата страна) **Не**

Дали лицето знае дека ја поднесувате оваа жалба? **Да** **Не**

Мојата врска со лицето е (на пример, сестра, родител, негувател) _____

Јазикот на кој лицето претпочита да зборува е (ако тоа не е англиски) _____

Сакам да се жалам во врска со:

Доставувач бр. 1

Име на доставувачот на здравствени услуги: _____

Адреса _____

Поштенски број _____ Држава _____

Телефон _____

Вид на доставувач на здравствени услуги (на пример, доктор, медицинска сестра, заболешар, болница) _____

Специјализира во (ако тоа се однесува на доставувачот): _____

Доставувач бр. 2

Име на доставувачот на здравствени услуги: _____

Адреса _____

Поштенски број _____ Држава _____

Телефон _____

Вид на доставувач на здравствени услуги (на пример, доктор, медицинска сестра, заболешар, болница) _____

Специјализира во (ако тоа се однесува на доставувачот): _____

Ако сакате да се жалите во врска со повеќе доставувачи на здравствени услуги, ве молиме приложете податоци за нив на посебен лист хартија заедно со овој формулар.

Мојата жалба е:

Објаснете ја ја вашата жалба накратко во просторот подолу. Ќе биде корисно ако напишете што се случило, кога тоа се случило, кој бил вклучен и ако со овој формулар ги приложите сите соодветни документи што ги имате.

Воглавно, работите кои ме загрижуваат се:

Како резултат на мојата жалба, ги сакам следните работи:

Се обротив до доставувачот на здравствени услуги во врска со оваа жалба? Да Не

Ако одговоривте 'да', кое беше решението?

Се жалевам до друга организација за истиот проблем? Да Не

Ако одговоривте 'да', ве молиме напишете поединости

Комисијата ќе им испрати примероци од оваа жалба на доставувачите на здравствени услуги кои ги назначивте во вашата жалба и ќе побара од нив да и одговорат.

Се согласувам да се даде примерок од мојата жалба за оваа намена. Да Не

Ако одговоривте 'не', ве молиме да ја известите Комисијата за причината за тоа.

На Комисијата ќе и помогне ако добие согласност од лицето кое ги примило услугите за таа да може да побара примерок од неговите/нејзините лекарски извештаи, ако има потреба за тоа. Ако се жалите во име на некое друго лице, ве молиме, ако е возможно побарајте од него/неа да се согласи на тоа.

Јас, _____, се согласувам Комисијата да може да има пристап до моите лични лекарски извештаи за да може да ја оцени оваа жалба.

Потпис _____ Датум ____/____/____

Пред да го испратите овој формулар, ве молиме проверете дали:

- Го пополнивете формуларот за жалба
- Доставивте податоци за доставувачот на здравствени услуги против кој се жалите
- Јасно ги утврдивте работите што ве загрижуваат
- Приложивте примероци од други документи или информации. Ве молиме, не праќајте оригинални документи.

Ве молиме, испратете ги информациите до:

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

Можете да не контактирате на

Телефон: (02) 9219 7444 Бесплатно во Нов Јужен Велс: 1800 043 159
Факсимил: (02) 9281 4585
TTY (за лица со оштетен слух): (02) 9219 7555
Електронска пошта: hccc@hccc.nsw.gov.au
Интернет страни: www.hccc.nsw.gov.au

Ако некое лице и достави на Комисијата лажни податоци или податоци кои наведуваат на погрешно мислење, тогаш тоа е прекршок.

Изјава во врска со доверливо чување на лични податоци

Комисијата нема на никој друг да даде било какви податоци од оние кои вие ќе и ги доставите освен кога тоа е во рамките на извршување на нејзините функции во согласност со Законот за жалби во врска со здравствени услуги (Health Care Complaints Act).

Ве молиме да ни кажете како дознавте за Комисијата?

- На Интернет
- Во телефонски именик
- Во брошура/на постер
- На презентација
- Од семејството/пријател
- Од доставувач на здравствени услуги
- Претходно сум поднел/а жалба до Комисијата
- На друг начин (ве молиме, кажете одредено како) _____