

# Бланк для жалобы

## Перед подачей жалобы

Перед подачей жалобы в Комиссию, возможно, стоит позвонить в Справочную службу по тел. **(02) 9219 7444** или по тел. **1800 043 159** (бесплатный звонок в штате НЮУ), с тем чтобы обсудить жалобу или попросить помощи.

## Переводческая служба

Если вам нужен устный переводчик, звоните в Переводческую службу (TIS National) по тел. **131 450** и просите соединить вас с Комиссией по тел. **1800 043 159** (понедельник-пятница, 9.00-17.00).

## Я хочу подать жалобу в Комиссию по жалобам в области здравоохранения (Health Care Complaints Commission) - мои данные приводятся ниже:

Mr/Mrs/Ms (или проч.) \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_

Телефон: (рабочие часы) \_\_\_\_\_ (внерабочие часы) \_\_\_\_\_

Мобильный \_\_\_\_\_ Факс \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Предпочитаемый мною язык (если это иной язык, помимо английского) \_\_\_\_\_

Наилучший способ связаться со мной \_\_\_\_\_

Я говорил(а) с сотрудником Справочной службы до подачи жалобы. **Да** **Нет**

Я подаю эту жалобу от имени: **своего** (переходите на стр. 2 этого бланка)

**другого лица** (просьба указать данные ниже)

## Данные лица, которому была оказана услуга:

Mr/Mrs/Ms (или проч.) \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_

Телефон: (рабочие часы) \_\_\_\_\_ (внерабочие часы) \_\_\_\_\_

Мобильный \_\_\_\_\_ Факс \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Данное лицо скончалось? **Да** (если да, то переходите на следующую страницу) **Нет**

Это лицо знает, что вы подаете жалобу? **Да** **Нет**

Кем я прихожусь данному лицу (например, сестра, родитель, попечитель) \_\_\_\_\_

Предпочитаемый данным лицом язык (если это иной язык, помимо английского) \_\_\_\_\_

## Я хочу пожаловаться на:

### Провайдера первого

Наименование провайдера услуг по здравоохранению: \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Тип провайдера услуг по здравоохранению (например, врач, медсестра, стоматолог, больница) \_\_\_\_\_

Специализация (если применимо): \_\_\_\_\_

### Провайдера второго

Наименование провайдера услуг по здравоохранению: \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Тип провайдера услуг по здравоохранению (например, врач, медсестра, стоматолог, больница) \_\_\_\_\_

Специализация (если применимо): \_\_\_\_\_

**Если вы хотите пожаловаться еще на других провайдеров услуг по здравоохранению, укажите их данные на отдельном листе и прикрепите его к оборотной стороне этого бланка.**

## Моя жалоба состоит в следующем:

В отведенном ниже месте вкратце изложите суть своей жалобы. Желательно указать, что произошло и когда, кто был вовлечен в это, и приложить все имеющие отношение к делу документы к оборотной стороне этого бланка.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Главные вопросы, которые меня беспокоят:**

---

---

---

---

---

**Своей жалобой я добиваюсь следующих результатов:**

---

---

---

---

---

**Я обратился(лась) к данному провайдеру услуг по здравоохранению по поводу этой жалобы?** **Да** **Нет**

Если да, то каков был результат?

---

---

---

---

---

**Я пожаловался(лась) в другую организацию по тому же вопросу?** **Да** **Нет**

Если да, изложите подробности

---

---

---

---

---

**Комиссия направит копию этой жалобы провайдерам услуг по здравоохранению, которых вы указали в своей жалобе, и попросит их представить ответ в Комиссию.**

**Я согласен(сна) с использованием копии моей жалобы в этих целях.** **Да** **Нет**

Если нет, объясните Комиссии почему.

---

---

---

---

---

Задачу Комиссии упростило бы получение согласия лица, получившего эту услугу, с тем чтобы Комиссия могла запросить его историю болезни при необходимости. Если вы жалуетесь от имени другого лица, попросите его, по возможности, дать согласие на это.

**Я, \_\_\_\_\_, даю Комиссии согласие на доступ к моей истории болезни для целей рассмотрения настоящей жалобы.**

Подпись \_\_\_\_\_ Число \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**До отправки настоящего бланка просьба убедиться в том, что вы:**

- заполнили бланк жалобы
- привели данные провайдера услуг по здравоохранению, на которого вы жалуетесь
- четко указали, что вас беспокоит
- приложили копии любых других документов или любую другую информацию. Просьба не посылать документы в подлиннике.

**Просьба направлять информацию по адресу:**

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

**Вы можете связаться с нами**

Телефон: (02) 9219 7444 Бесплатный звонок в штате НЮУ: 1800 043 159

Факс: (02) 9281 4585

TTY (телетайп для лиц с расстройствами слуха): (02) 9219 7555

Эл. почта: [hccc@hccc.nsw.gov.au](mailto:hccc@hccc.nsw.gov.au)

Веб-сайт: [www.hccc.nsw.gov.au](http://www.hccc.nsw.gov.au)

Представление в Комиссию ложной или вводящей в заблуждение информации является правонарушением.

**Заявление о конфиденциальности**

Комиссия не будет разглашать какую-либо представленную вами информацию в иных целях, помимо тех, которые связаны с выполнением ею своих функций в соответствии с Законом о жалобах в области здравоохранения.

**Пожалуйста, скажите нам, как вы узнали о нашей Комиссии.**

- По интернету
- Из телефонного справочника
- Из брошюры/плаката
- Как участник информационного собрания
- От родственников/друзей
- От провайдера услуг по здравоохранению
- Я жаловался(лась) в Комиссию ранее
- Иным способом (просьба уточнить) \_\_\_\_\_