

Образац за жалбе



Пре него што поднесете жалбу

Пре него што поднесете жалбу Комисији, можда би вам било од користи да контактирате Информативну службу на **(02) 9219 7444** или на бесплатан број у Новом Јужном Велсу **1800 043 159** и да поразговарате о вашој жалби или да тражите помоћ.

Служба преводаца и тумача

Ако вам је потребан тумач, молимо вас да се обратите Служби преводаца и тумача (Translating and Interpreting Service - TIS National) на **131 450** и замолисте их да вас повежу са Комисијом на **1800 043 159** (од понедељка до петка, од 9.00 ујутру до 5.00 поподне).

Желим да поднесем жалбу Комисији за испитивање жалби о здравственим услугама (Health Care Complaints Commission) – моји подаци су:

Г/Гђа (друго) _____ Име _____ Презиме _____

Адреса _____

Поштански број _____ Држава _____

Телефон: (током радног времена) _____ (после радног времена) _____

Мобилни _____ Факс _____

Електронска пошта _____

Датум рођења ____/____/____

Језик којим се најрадије служим (ако није енглески) _____

Најбоље је да ме контактирате на _____

Разговарао/ла са службеником за информације пре подношења ове жалбе. **Да** **Не**

Жалбу подносим: **У своје име** (пређите на 2. страну обрасца)

У име другог лица (упишите податке доле)

Подаци о особи која је примила услугу:

Г/Гђа (друго) _____ Име _____ Презиме _____

Адреса _____

Поштански број _____ Држава _____

Телефон: (током радног времена) _____ (после радног времена) _____

Мобилни _____ Факс _____

Електронска пошта _____

Датум рођења ____/____/____

Да ли се ради о особи која је преминула? **Да** (ако јесте пређите на следећу страну) **Не**

Да ли особа зна да ви подносите ову жалбу? **Да** **Не**

Сродство или веза са особом (нпр. сестра, родитељ, старатељ) _____

Језик којим се најрадије служи особа (ако није енглески) _____

Проблеми који ме највише брину су:

Желим да се предузму следеће мере поводом моје жалбе:

Да ли сте се обратили даваоцу здравствених услуга у вези ове жалбе? Да Не

Ако јесте, какав је био исход?

Да ли сте се жалили некој другој организацији у вези истог предмета? Да Не

Ако јесте, молимо вас да наведете податке.

Комисија ће послати копију ове жалбе даваоцима здравствених услуга које сте ви навели у жалби и тражиће од њих да Комисији доставе одговор на жалбу.

Пристајем да се копија моје жалбе проследи у ту сврху. Да Не

Ако не пристајете, молимо вас да кажете Комисији зашто не пристајете.

Сагласност особе која је примила услугу помоћи ће Комисији да прибави здравствену евиденцију те особе, ако то буде потребно. Ако жалбу подносите у име другог лица, замолите то лице да, ако је могуће, да сагласност.

Ја, _____, дајем сагласност Комисији да прибави моју личну здравствену евиденцију ради испитивања ове жалбе.

Потпис _____ Датум ____/____/____

Пре него што пошаљете овај образац, проверите да ли сте:

- Попунили образац за жалбе
- Навели податке даваоца здравствених услуга на које се жалите
- Јасно описали ствари које вас брину
- Приложили копије других докумената или информација. Не шаљите оригиналне документе.

Информације пошаљете на адресу:

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

Можете нас контактирати на следеће начине:

Телефон: (02) 9219 7444 Бесплатан позив у Новом Јужном Велсу: 1800 043 159

Факс: (02) 9281 4585

TTY (телепринтер за особе са оштећеним слухом): (02) 9219 7555

Е-пошта: hccc@hccc.nsw.gov.au

Интернет сајт: www.hccc.nsw.gov.au

Давање лажних или обмањујућих информација Комисији сматра се кривичним делом.

Изјава о приватности

Комисија неће откривати информације које сте јој ви дали осим за обављање својих функција по Закону о жалбама на здравствене услуге (Health Care Complaints Act).

Молимо вас да нам кажете како сте сазнали за Комисију?

- Интернет
- Телефонски именик
- Брошура/плакат
- Присуствовали сте презентацији
- Породица/пријатељ
- Давалац здравствених услуга
- Раније сам се жалио/ла Комисији
- Друго (молимо вас наведите) _____