

Healthcare Establishment Complaint Form /

ہیلتھ کیئر اسٹیبلشمنٹ شکایتی فارم

ہیلتھ کیئر اسٹیبلشمنٹ شکایتی فارم

The Sindh Healthcare Commission

In pursuance of Sindh Healthcare Commission (SHCC) Act 2013, the SHCC is an autonomous body dealing with regulation and quality of health services provided in both the public and the private sector in the province of Sindh. The SHCC deals with complaints about health services affecting the clinical management or care of a patient, professional conduct of a health practitioner/ healthcare establishment, and risks to the health and safety of the public.

Making a Complaint

Any person or his/her legal representative can lodge a complaint. The complaint must be in writing using this form. It is important to include all relevant information and may attach any relevant additional documents may be attached to this form.

First point of making a Complaint

An aggrieved person/client or his/her legal representative shall first make a complaint to the owner/manager of the healthcare establishment (HCE) within (30 days). The complaint must be made where the event being complained about occurred from the day on which the complainant was aggrieved. A complaint should only be lodged with the SHCC if he/she is unable to resolve the issue or concern at first point- the HCE.

Help with making a Complaint

If you have difficulty in writing the complaint, the SHCC helpline can be reached at number(s) **0321-8232440**.

The Complaint Process

When a complaint is lodged, the complainant will receive an acknowledgement receipt from the SHCC. Complaint will be assessed and reviewed and if it is accepted for investigation then, the SHCC will inform the complainant to provide facts before the investigation team. Every complaint is investigated on a case-by-case basis and decision will be informed in writing.

Appeal against Decision

The complainant has the right to appeal against the decision within 30 days before the district/session judge.

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن

یہ کمیشن، سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن (ایس ایچ سی سی) ایکٹ 2013ء کے تحت قائم کیا گیا ہے جس کا مقصد صوبہ سندھ میں سرکاری اور نجی اسپتالوں میں صحت کی خدمات اور میرات کو قانون کے دائرے میں لانا ہے۔ کمیشن صحت کی خدمات سے متعلق ایسی تمام شکایات قبول کرنے اور ان پر غور کرتا ہے جو علاج معالجے کے انتظام یا کسی مریض کی طبی نگہداشت، طبی عملے یا اسپتال / صحت مرکز کے پیشہ ورانہ طرز عمل اور عوام کی صحت اور سلامتی کو لاحق خطرات کے اندیشوں کے بارے میں ہو۔

شکایت درج کرانے کا طریقہ

کسی بھی اسپتال / صحت مرکز کا متاثرہ مالک یا اس کا قانونی نمائندہ سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن میں شکایت درج کر سکتا ہے۔ شکایت لازمی طور پر تحریری شکل میں اس فارم پر درج ہونی چاہیے۔ شکایت سے متعلق تمام تفصیلات شامل کرنا اور اگر کوئی دستاویز موجود ہو تو انہیں منسلک ضروری ہے۔

شکایت پہلے کہاں درج کرائی جائے

شکایت کنندہ اسپتال / صحت مرکز یا اس کے قانونی نمائندے کو واقعہ پیش آنے کے بعد 30 دن کے اندر پہلے متعلقہ اسپتال / صحت مرکز میں شکایت درج کرائی چاہیے۔ سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن میں شکایت صرف اس وقت درج کرائی جائے جب متعلقہ اسپتال / صحت مرکز مسئلہ حل کرنے میں ناکام رہے۔

شکایت درج کرانے میں مدد

اگر آپ کو شکایت لکھنے میں مشکل ہو سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کی ہیلپ لائن سے اس نمبر پر رابطہ کریں: **0321-8232440**

شکایت کا طریقہ کار

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن میں شکایت درج کرانے کے بعد شکایت کنندہ کو کمیشن کی طرف سے وصولی کی رسید دی جائے گی۔ کمیشن میں شکایت کا جائزہ لیا جاتا ہے اور اگر شکایت تحقیقات کے لیت قبول کر لی جائے تو شکایت کنندہ کو اطلاع دی جاتی ہے کہ تفتیشی ٹیم کے سامنے حقائق پیش کرے۔ ہر شکایت کی تفتیش، شکایت کی نوعیت کو سامنے رکھ کر کی جاتی ہے اور فیصلے سے تحریری طور پر مطلع کیا جاتا ہے۔

فیصلے کے خلاف اپیل

شکایت کنندہ کو حق ہے کہ کمیشن کے فیصلے کے خلاف 30 دن کے اندر ڈسٹرکٹ / سیشن جج کی عدالت میں اپیل کرے۔

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن (ایس ایچ سی سی) ایکٹ 2013ء کے تحت قائم کیا گیا ہے جس کا مقصد صوبہ سندھ میں سرکاری اور نجی توڑی سرکاری ہنہی سیکٹرن ۾ صحت جون سہولتون فراہم کرن بابت ضابطن ۽ انهن جي معيار تي نظر رکندي. ایس ایچ سی سی اہڑیون شکایتون ہڈندی جیکي کلینیکل انتظام یا مریضن جي سار سنپال ۾ رنڈک، صحت جون سہولتون فراہم کندڑ شخص / اداري جي پروفیشنل رویي ۽ صحت جي خطري ۽ عوام جي تحفظ بابت ہونڈیون.

شکایت داخل کرن جو طریقہ کار

صحت جون سہولتون (ایچ سی سی) فراہم کندڑ اداري جو کو بہ مالک / مٹنجر یا سندن قانوني نمائندو شکایت داخل کری سگھی تو. شکایت لازمی طور تي هن فارم تي لکت ۾ ہجٹ گھرجی. اهو وڈیک ضروري آھی تہ لاگابیل معلومات ۽ اضافي دستاویز بہ هن فارم سان گڈ ہجن.

شکایت داخل کرن جو پھریون نقطو

متاثر ٹیل اداري یا سندن قانوني نمائندو جي لاء لازمی ہوندو تہ پھرین اها شکایت واسطیدار ادري وت واقعو پیش اچٹن جي 30 ڈینهن اندر داخل کئی وچی. ایس ایچ سی سی وت شکایت رگوان صورت ۾ کری سگھی جی تی جڈهن ایچ سی سی ای پھرتین مرحلي ۾ حل کرن ۾ ناکام رہی ہجی.

شکایت داخل کرن جي لاء مدد

جیکڈهن توہان کي شکایت لکت ۾ ڈکیائی پیش اچی تہ ایس ایچ سی سی جی ہیلپ لائن سان هن نمبر 0321-8232440 تي رابطو کری سگھی تو.

شکایت جو مرحلو

جڈهن کا بہ شکایت داخل کئی ویندی تہ شکایت کندڑ کي ایس ایچ سی سی ان جي وصولی ۽ جي رسید ڈیندی. شکایت جو مکمل جائزو ورتو ویندو ۽ جیکڈهن جانچ لائق ہوندی تہ ایس ایچ سی سی شکایت کندڑ کي آگاہ کندي تہ جانچ تیمر جي آڈو حقیقتون پیش کیون وچن. هر شکایت جي جانچ کيس جي نوعیت مطابق کئی ویندی ۽ فیصلی کان لکت ۾ آگاہ کیو ویندو.

فیصلی خلاف اپیل

شکایت کندڑ کي حق حاصل ہوندو تہ فیصلی اچٹن جي 30 ڈینهن اندر ڈسٹرکٹ / سیشن جج آڈو فیصلی جي خلاف اپیل داخل کری.



SECTION 1

PERSONAL INFORMATION OF COMPLAINANT

ڀاڱو پهريون / پهلا حصو

شڪايت ڪندڙهه ڪي ذاتي ڪو انف / شڪايت ڪرڻ واري جي ذاتي جاڻ

Contact details / رابطي لاءِ تفصيل / رابطي ڪي تفصيلات

Name of Healthcare Establishment اسپتال / صحت مرڪز ڪانام / اسپتال / صحت مرڪز جو نالو			
Name of Owner of Healthcare Establishment اسپتال / صحت مرڪز ڪي مالڪ ڪانام اسپتال / صحت مرڪز جي مالڪ جو نالو			
CNIC number of owner مالڪ ڪا قومي شناختي ڪارڊ نمبر / مالڪ جو قومي شناختي ڪارڊ نمبر			
First & Last Name of Complainant شڪايت ڪندڙهه ڪي نام (اگر مالڪ ڪي علاوہ ڪوئي اور ڪي درج ڪرائي) شڪايت ڪندڙ جو نالو (جيڪڏهن مالڪ ڪانسواءِ ڪو ٻيو هجي)			
CNIC number of Complainant شڪايت ڪندڙهه ڪا قومي شناختي نمبر شڪايت ڪندڙ جو نالو (جيڪڏهن مالڪ ڪانسواءِ ڪو ٻيو هجي)			
Postal address of Healthcare Establishment اسپتال / صحت مرڪز ڪاڏاڪ ڪا پتا اسپتال / صحت مرڪز جي ٽپال ايڊريس			
Email address (If any) اي ميل پتا (اگر هو) / اي ميل ايڊريس (جيڪڏهن هجي ته)			
Telephone number ٽيلي فون نمبر / ٽيليفون نمبر	Landline لنڊن لائن / لينڊ لائن	Mobile موبائل / موبائل	
Preferred contact method رابطي ڪا ترجيحي طريقه / رابطي جو آسان طريقو ڪيڪار	<input type="checkbox"/> Telephone ٽيلي فون / ٽيليفون	<input type="checkbox"/> Mobile موبائل / موبائل	<input type="checkbox"/> Letter خط / خط
		<input type="checkbox"/> Email اي ميل / اي ميل	

SECTION 2

FIRST POINT OF COMPLAINT

ڀاڱو 2 / دوهر حصو

شڪايت درج ڪرائي ڪي ڪي جڳهه / شڪايت داخل ڪرڻ جو پهريون نقطو

Did you lodge a complaint about this event with the healthcare establishment, where this event happened? ڪيآپ ڪي واقعي ڪي شڪايت اس اسپتال / صحت مرڪز ڪي درج ڪرائي هجي جهاڻ ڪي پيش آيا؟ چا توهان پنهنجي واقعي جي شڪايت اسپتال / صحت مرڪز ڪي داخل ڪرائي هجي جتي اهو واقعو پيش آيو؟	<input type="checkbox"/> Yes / ها / ها	<input type="checkbox"/> No (if "No" than go to next question) نہي (جيڪڏهن 'نه' تہ اڳيون سوال ڏسو) / (اگر 'نه' تہ اڳيون سوال ڏکي)
	If yes, mention date. / اگر ها تہ تاريخ ڄاڻايو / اگر ها تہ تاريخ ڄاڻايو: _____ Day----- Month----- Year----- دن مھينو سال ڏينهن مھينو سال	
To whom: _____ شڪايت ڪس ڪي / شڪايت ڪنهن وٽ		
Write outcome/result of that complaint (Use Additional sheet if required). لکي ڪي شڪايت ڪا ڪي نتيجو (اگر ضرورت هو تہ اضافي ڪاغذ استعمال ڪري). فيصلي / نتيجي بابت تفصيل ڄاڻايو (جيڪڏهن ضروري هجي تہ اضافي شيٽ لڳائي سگهيو تہ)		



SINDH HEALTH CARE COMMISSION (SHCC)

Quality Care for All

Did you lodge your complaint with any other agency? کیا آپ نے اپنی شکایت کسی اور ایجنسی / فورم پر جمع کرائی ہے؟ چا تو ہاں کنہن بٹی فورم / ایجنسی، وٹ شکایت داخل کئی ہٹی؟	<input type="checkbox"/> Yes ہا / ہاں	<input type="checkbox"/> No (if "No" than go to next question) نہ (جیکڈھن نہ تہ اگیون سوال ڈسو) / نہیں (اگر نہیں تو اگلا سوال دیکھیں)
	If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دہی کریں: Day----- Month----- Year----- دن مہینہ سال ڈینہن مہینو سال	
	To whom: _____ شکایت کس سے کی / شکایت کنہن وٹ	
Write outcome/result of that complaint (Use Additional sheet if required). لکھیں کہ آپ کی شکایت کا کیا نتیجہ نکلا (اگر ضرورت ہو تو اضافی کاغذ استعمال کریں)۔		

SECTION 3

COMPLAINT INFORMATION

پاگو 3 / تیرا حصہ

شکایت کے کوائف
شکایت بابت معلومات

Complaint against whom (Kindly tick the relevant Box & fill the relevant information against that box)

شکایت کس کے خلاف کی ہے؟ (براہ مہربانی متعلقہ خانے میں نشان لگائیں اور اس کے سامنے تفصیل لکھیں)
شکایت کنہن جی خلاف آھی (لاگاپیل خانی تی تک جو نشان لگایو ۽ ان جی سامہون ضروری تفصیل لکو)

- A Healthcare Service Provider (HCSP) / طبی عملے کا فرد / صحت جون خدمتون فراہم کنندہ
- B Healthcare Establishment (HCE) / صحت مرکز / اسپتال / صحت جون سہولتون فراہم کنندہ ادارو
- C Patient or his/her carers (HCP) / مریض یا اس کے تیمار دار / مریض یا سندن تیمار دار

A. Healthcare Service Provider (Include details and use extra paper sheets if required)

اسپتال / صحت مرکز کا عملہ (ڈاکٹر / نرس / طبی عملہ) (واقعے کی تفصیل لکھیں، ضرورت ہو تو علیحدہ کاغذ استعمال کریں)
صحت جون خدمتون فراہم کنندہ (تفصیل لکو ۽ ضروری ہجی اضافی شیت لگایو)

Name of service provider:

طبی عملے کے رکن (ڈاکٹر / نرس / دیگر طبی عملہ) کا نام:
صحت جون سہولتون فراہم کنندہ جو نالو

Registration Number:

رجسٹریشن نمبر: / رجسٹریشن نمبر:

Name of Organization/Hospital/ Centre/Individual Owner:

ادارے / اسپتال / مرکز انفرادی / طور پر مالک کا نام:
اداری / اسپتال / سینٹر / انفرادی مالک جو نالو:

Type of service provider

طبی عملے کے فرد کی نوعیت
صحت جون خدمتون فراہم کنندہ جو عہدو

Doctor

ڈاکٹر
ڈاکٹر

Nurse

نرس
نرس

Dentist

دانتوں کا ڈاکٹر
ڈندن جو ڈاکٹر

Other (Please specify)

دیگر (وضاحت کریں)
بیو (وضاحت کریں)

Telephone number

ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر

Landline

لینڈ لائن / لینڈ لائن

Mobile

موبائل / موبائل

Address

پتا / پتو

B. Healthcare Establishment (Include as much as details possible)

اسپتال / صحت مرکز (جتنی زیادہ تفصیل ممکن ہو لکھیں) /
صحت جون سہولتون فراہم کنندہ ادارو (جیتر بقدر ممکن ہجی تفصیل جاتا یو)



SINDH HEALTH CARE COMMISSION (SHCC)
Quality Care for All

Name of Manager/Administrator: مینیجر / ایڈمنسٹریٹر کا نام: - مینیجر / ایڈمنسٹریٹر جو نالو:		
Name of Organization/Hospital/ Centre/Individual Owner: ادارے / اسپتال / مرکز / فرد واحد مالک کا نام: - ادارے / اسپتال / سینٹر / انفرادی مالک جو نالو:		
Type of Healthcare Establishment اسپتال / صحت مرکز کی نوعیت صحت جون سہولتون فراہم کنندہ ادارے جو قسم	Specify: وضاحت کریں: وضاحت کریو	
Telephone number ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر	Landline لینڈ لائن / لینڈ لائن	Mobile موبائل / موبائل
Address پتا پتو		
C. Patients or his/her carers (include as much as details possible) مریض یا اس کے تیار دار کا نام (جتنی تفصیل لکھنی ممکن ہو لکھیں) مریض یا سندن تیمار دار جو نالو (جیتریقدر ممکن ہجی تفصیل جاتاوی)		
Patient Name: مریض کا نام مریض جو نالو		
CNIC Number: قومی شناختی کارڈ نمبر قومی شناختی کارڈ نمبر		
Unit/Ward of Patient مریض کا یونٹ / وارڈ مریض جو یونٹ / وارڈ		
Telephone number ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر	Landline لینڈ لائن / لینڈ لائن	Mobile موبائل / موبائل
Address پتا پتو		
SECTION 4 MY COMPLAINT پاگو 4 / چوتھا حصہ میری شکایت منہنجی شکایت		
a) Type of Complaint (tick the relevant box(s)) (الف) شکایت کی نوعیت (متعلقہ خانے میں نشان لگائیں) (الف) شکایت جی نوعیت (مہربانی کری جاتاویل خانی پر نشان لگایو)		
<input type="checkbox"/> Harassment /Violence ہراساں / تشدد ہراساں/تشدد	<input type="checkbox"/> Damage of property املاک کا نقصان املاک جو نقصان	<input type="checkbox"/> Others (Specify) دیگر (تفصیل لکھیں) بیو (وضاحت کریو)

(b) Kindly provide a short summary of your complaint. It is useful to include **what** happened, **when** it happened and **who** was involved? If you need more space, please attach separate page to the back of this complaint form. Please attach any relevant documents.

(ب) براہ مہربانی اپنی شکایت کا مختصر خلاصہ لکھیں۔ یہ باتانا اہم ہے کہ کیا ہوا، کب ہوا اور واقعے میں کون ملوث تھا۔ اگر زیادہ جگہ کی ضرورت ہو تو اس فارم کے پیچھے خالی جگہ پر لکھیں۔ اگر شکایت سے متعلق کوئی دستاویز آپ کے پاس ہے تو اسے منسلک کریں۔
(ب) مہربانی کریں شکایت جو مختصر تفصیل جاناویو۔ اہو وڈیک مددگار تیندو تہ چا تیبو، کڈھن تیبو ۽ کبیر ملوث آھن۔ جیکڈھن توھان کي وڈیک جاء گھر جي تہ اضافي شیت شکایت فارم جي پشيان لڳايو۔ مہربانی کریں جیکي بلاڳاپيل دستاویز هجن سي لڳايو۔

c) What is your specific request to Sindh Healthcare Commission (SHCC)?

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن سے آپ کی خاص درخواست کیا ہے؟ / سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کان توھان جي خاص درخواست کھڙي آھي؟

SECTION 5

AUTHORITY

پانچواں حصہ / پاڳو 5

اختیار / اختیار

The SHCC is required to give the information about the name of the complainant and nature of your complaint to the HCSP/ HCE, although in special circumstances the commission may withhold this information. If there are valid reason for doing so. If you have any concern about the release of your name and/or complaint, please mention the reasons

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن آپ کا نام اور آپ کی شکایت کی نوعیت طبی عملے / مریض کو بتائے گا۔ تاہم خاص معاملات میں، جہاں معقول وجوہات موجود ہوں، یہ معلومات پوشیدہ رکھی جاسکتی ہیں۔ اگر اپنے نام اور / یا شکایت کی نوعیت کی معلومات جاری کرنے پر آپ کو اعتراض ہے تو براہ مہربانی اس کی وجوہات لکھیں۔
ایس ایچ سی سی کی صحت جون خدمتون فراہم کنندہ / مریض جي نالي ۽ شکایت بابت معلومات گھربل ہوندي آھي، توڑي جو مخصوص حالتن ۾ کمیشن اھا معلومات روکي سگھي ٿي۔ جیکڈھن ان جا مناسب سبب هجن۔ جیکڈھن توھان کي پنهنجي نالي ۽ / یا شکایت جي پڌرائي ٿي کاڳڻي هجي تہ هیٺ ان جا سبب جاناویو۔



SECTION 6

ACCESSING HEALTH INFORMATION

چھٹا حصہ / پاڳو 6

صحت بابت معلومات تائين رسائي / صحت سے متعلق معلومات تک رسائی

It will assist the SHCC to have the consent of the owner of the healthcare establishment who experienced that event so that the Commission can collect the required information to assess your complaint.

اسپتال / صحت مرکز کے جس مالک کو واقعے کا تجربہ ہوا ہے، اس کی رضامندی لینے میں سندھی ہیلتھ کیئر کمیشن کو مدد ملے گی کہ کمیشن آپ کی شکایت کی جانچ کے لیے متعلقہ معلومات حاصل کر سکے۔
اسپتال / صحت مرکز جي مالڪ کي واقعي جو تجربو ٿيو آهي، انهيءَ جو راضو سنڌي هيلٿ ڪيئر ڪميشن لاءِ مددگار ثابت ٿيندو ته جيئن ڪميشن کي توهان جي شڪايت بابت گهربل معلومات گڏ ڪرڻ ۾ آساني ٿئي.

I am complaining and authorize the SHCC to access my personal information for the purpose of handling this complaint.

میں شڪایت درج ڪر رهيا / رهي هون اور سنڌه هيلتھ ڪيئر ڪميشن کي اختيار دے رها / رهي هون ته شڪايت سے متعلق جروري ڪارروائي ڪے لیے ميرے ذاتي ڪو انف کي جانچ ڪر سگهتا ہے۔
آئون شڪايت ڪريان ٿو / ٿي ۽ ايس ايچ سي سي کي اختيار ڏيان ٿو / ٿي ته هن شڪايت جي ٻڌڻيءَ لاءِ منهنجي شخصي تفصيل تائين رسائي حاصل ڪري ۽ ان جو جائزو وٺي.

Signature _____

Thumb Impression _____

صحيح / دستخط

انگوني جو نشان / انگوڻي کان نشان

ACKNOWLEDGEMENT

اقرار نامہ / اقرار نامو

All the information provided above is true and correct to the best of my knowledge.

میرے علم کے مطابق اوپر دی گئی تمام معلومات درست ہیں۔
مٿي ڄاڻايل سموري معلومات منهنجي ڄاڻ مطابق سچي ۽ درست آهي

Signature

Date

دستخط / صحيح

تاریخ / تاریخ



Before sending this form, kindly check that you have:

فارم بھیجنے سے پہلے براہ مہربانی جانچ کر لیں کہ آپ نے: / ہیء فارم موکلن کان اگ پر مہربانی کری چیک کریو تہ توہان:

Included as much as relevant information as possible.

جس قدر معلومات ممکن ہیں وہ لکھ دی گئی ہیں۔ / ہر ممکن طور تي گھریل معلومات وڈ کان وڈ جائنای آہی

Given details of HCSP/ HCE, you are complaining about.

آپ جس کے خلاف / اور جس بات کی شکایت کر رہے / رہی ہیں اس کی تفصیل لکھ دی ہے۔ / ان جا تفصیل چائایا آہن جنہن بابت توہان شکایت کئی آہی

Clearly identified your concern.

اپنی تشویش واضح طور پر لکھ دی ہے۔ / پنہنجی مقصد کان مکمل طور تي آگاہ آہیو

Answered Section 5: Authority and Section 6: Accessing Health Information.

پانچویں حصے، اختیار اور چھٹے حصے، صحت کی معلومات تک رسائی کا جواب دے دیا ہے۔ / یاگی 5: اختیاری ۶: صحت بابت معلومات تائین رسائی جا جواب دنا آہن

Attached copies of CNIC and copies all supporting documents (Please do not send original documents).

قومی شناختی کارڈ اور شکایت سے متعلق معاون دستاویزات (براہ مہربانی اصل شناختی کارڈ یا دستاویز نہ بھیجیں) کی نقول منسلک کر دی ہیں۔ /

سی این آئی سی ۶ پین لاکاپیل دستاویزین جا نقل شامل کیا آہن (مہربانی کری اصل دستاویز نہ لاکاپیو)

An Affidavit (Accepting responsibility that the information provided is true)

حلف نامہ (جس میں دی گئی معلومات کی درستگی کی ذمہ داری قبول کی گئی ہے) پر دستخط کر دیے ہیں۔ / ہک قسم نامو (جنہن پر اہا ذمیواری قبول کئی ہجی تہ فراہم کیل معلومات درست آہی)

Please send complaint and supporting information to:

مہربانی کری شکایت ۶ لاکاپیل دستاویزین ہن پتی تی موکلنو / براہ مہربانی اپنی شکایت اور متعلقہ معاون دستاویزات اس پتے پر بھیجیں:

The Chief Executive Officer (CEO)

Sindh Healthcare Commission

Suite # 309, The Plaza, Block 9, Clifton, Karachi

For online submission of complaint form, Go to SHCC Web page: www.shcc.org.pk

Please Note:

It is an offense for a person to provide false information to the Sindh Healthcare Commission. In such a case, that person will face a penalty up to Rs. 200,000/=

براہ مہربانی توجہ دیں: سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کو غلط معلومات فراہم کرنا جرم ہے، غلط معلومات فراہم کرنے والے پر 200,000 روپے تک جرمانہ کیا جاسکتا ہے۔

نوٹ کریو تہ:

کنہن بہ شخص خلاف سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کی کوڑی معلومات فراہم کرن ڈوہ آہی۔ اہڑی صورت پر ان شخص تی -/ 200,000 روپین تائین ڈنڈ وجھی سگھجی تو۔



ACKNOWLEDGEMENT SLIP

وصولی کی رسید / موت رسید

Complaint number:

شکایت نمبر: شکایت نمبر:

Date:

تاریخ: تاریخ:

The SHCC acknowledged the complaint submitted by Mr./Mrs./Ms _____ S/D/O _____

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن تصدیق کرتا ہے کہ محترم / محترمہ / ولد / بنت / زوجہ _____ نے شکایت جمع کرائی ہے۔

ایس ایچ سی سی اہا تصدیق کریں گی تہ جناب / بیگم / محترم _____ پت / قیہ / شکایت داخل کی گئی ہے۔

The SHCC will update you regarding actions on your complaint.

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن آپ کی شکایت کی جانے والے اقدامات سے آپ کو مطلع کرے گا۔

ایس ایچ سی سی توہان جی شکایت بابت توہان کی آگاہی ڈیندی

Assistant / اسسٹنٹ / اسسٹنٹ

Directorate of Complaint / ڈائریکٹریٹ آف کمپلینٹ / ڈائریکٹریٹ آف شکایات

SHCC / ایس ایچ سی سی / ایس ایچ سی سی

OFFICE USE ONLY

صرف آفیس جی استعمال لاء / صرف دفتر کے استعمال کے لیے

Complaint reference No.: شکایت حوالہ نمبر / شکایت کا حوالہ نمبر:		Date: تاریخ / تاریخ:	
Type of Complaint: شکایت بخلاف / شکایت کی نوعیت	<input type="checkbox"/> Service Provider طبی عملو / طبی عملہ	<input type="checkbox"/> Health Establishment ہسپتال / صحت مرکز / صحت مرکز / اسپتال	<input type="checkbox"/> Patient مریض / مریض
Type of Complaint: شکایت بخلاف / شکایت کی نوعیت	<input type="checkbox"/> Service Provider ہراساں کرنا / تشدد / ہراساں کرنا / تشدد	<input type="checkbox"/> Damage of property املاک کا نقصان / املاک جو نقصان	<input type="checkbox"/> Others دیگر / بیو
Complaint lodged: شکایت کس طرح کی گئی / درخواست داخل کی	<input type="checkbox"/> Online آن لائن / آن لائن	<input type="checkbox"/> In writing لکتہ پر / تحریری طور پر	<input type="checkbox"/> In person ذاتی طور پر / ذاتی طور پر

Notes: / نوٹس / نوٹس