



Healthcare Service provider Complaint Form /

صحت کی سہولیات فراہم کرنے کیلئے شکایت فارم

صحت جون سہولتون فراہم کنندہ لاءِ شکایت 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 کرنے 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 کرانی 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 کرانی چاہیے۔ سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن میں شکایت صرف اس وقت درج کرانی جائے جب متعلقہ اسپتال / صحت مرکز مسئلہ حل کرنے میں ناکام رہے۔

شکایت درج کرنے 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 کرنے 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 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 داخل کرنا جو طریقہ کار

صحت جون سہولتون (ایچ سی ای) فراہم کنندہ ادارہ جو کو ب مالک / مٹینجر یا سندن قانونی نمائندو شکایت داخل کری سگھی تو۔ شکایت لازمی طور تي هن فارم تي لکت پر هجڻ گهرجي. اهو وڌيڪ ضروري آهي ته لاڳاپيل معلومات ۽ اضافي دستاويز به هن فارم سان گڏ هجن.

شکایت داخل کرنا جو پھريون نقطو

متاثر ٿيل اداري يا سندن قانوني نمائندو جي لاءِ لازمي هوندو ته پهرين اها شڪايت واسطيدار اداري وٽ واقعو پيش اچڻ جي 30 ڏينهن اندر داخل ڪئي وڃي. ايس ايجي سي سي وٽ شڪايت رڳو ان صورت ۾ ڪري سگهجي ٿي جڏهن ايجي سي سي اي پهرئين مرحلي ۾ حل ڪرڻ ۾ ناڪام رهي هجي.

شکایت داخل کرنا جي لاءِ مدد

جيڪڏهن توهان کي شڪايت لکڻ ۾ ڏکيائي پيش اچي ته ايس ايجي سي سي جي هيلپ لائن سان هن نمبر 0321-8232440 تي رابطو ڪري سگهجي ٿو.

شکایت جو مرحلو

جڏهن ڪا به شڪايت داخل ڪئي ويندي ته شڪايت ڪندڙ کي ايس ايجي سي سي ان جي وصولي جي رسيد ڏيندي. شڪايت جو مڪمل جائزو ورتو ويندو ۽ جيڪڏهن جانچ لائق هوندي ته ايس ايجي سي سي شڪايت ڪندڙ کي آگاه ڪندي ته جانچ ٿيڻ جي آڏو حقيقتون پيش ڪيون وڃن. هر شڪايت جي جانچ ڪيس جي نوعيت مطابق ڪئي ويندي ۽ فيصلي کان لکت ۾ آگاه ڪيو ويندو.

فيصلي خلاف اپيل

شڪايت ڪندڙ کي حق حاصل هوندو ته فيصلي اچڻ جي 30 ڏينهن اندر ڊسٽرڪٽ / سيشن جج آڏو فيصلي جي خلاف اپيل داخل ڪري.



SECTION 1

یاگو پھریون / پہلا حصہ

PERSONAL INFORMATION OF COMPLAINANT

شکایت کنندہ کے ذاتی کوائف

شکایت کرنٹ واری جی ذاتی جاٹ

A. Personal details

ذاتی تفصیل / ذاتی تفصیلات

Title (Tick the relevant Box) تعارف (متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)۔ تعارف (جاتا یا خانی پر نشان لگایو)۔	<input type="checkbox"/> Mr. جناب / جناب	<input type="checkbox"/> Mrs. محترمہ / محترمہ	<input type="checkbox"/> Ms. آنسہ / محترمہ	<input type="checkbox"/> Other دیگر (وضاحت کریں) / بیو (وضاحت کنڈا)
First & Last Name of Complainant شکایت کنندہ کا نام (اگر مالک کے علاوہ کوئی اور شخصیت درج کرانے) شکایت کنندہ جو نالو (جیکڈھن مالک کانسواہ کو بیو ہجی)				
Father's/Husband's Name والد / شوہر کا نام - والد / مٹرس جو نالو				
CNIC Number شکایت کنندہ کا قومی شناختی کارڈ نمبر شکایت کنندہ جو شناختی کارڈ نمبر				

B. Contact details

رابطے کی تفصیل / رابطی جو تفصیل

Current residential address موجودہ رہائشی پتہ / موجودہ رہائشی پتہ				
Write postal address (if different from residential address) ڈاک کا پتہ لکھیں (اگر رہائشی پتے سے مختلف ہو) تپال جو پتہ (جیکڈھن رہائشی پتہ کان مختلف ہجی)				
Email address (If any) ای میل پتہ (اگر ہو) / ای میل ایڈریس (جیکڈھن ہجی تہ)				
Telephone number ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر	Landline لینڈ لائن / لینڈ لائن	Mobile موبائل / موبائل		
Preferred contact method رابطے کا ترجیحی طریقہ / رابطی جو آسان طریقہ کار	<input type="checkbox"/> Telephone ٹیلی فون / ٹیلی فون	<input type="checkbox"/> Mobile موبائل / موبائل	<input type="checkbox"/> Letter خط / خط	<input type="checkbox"/> Email ای میل / ای میل

C. If you are filling on behalf of complainant, complete the following, otherwise go to section 2.

اگر آپ شکایت کنندہ کی طرف سے شکایت درج کرارہے ہیں تو نیچے کے خانے پر کریں ورنہ سوال نمبر 2 پر جائیں۔

جیکڈھن توہان شکایت کنندہ طرفان شکایت داخل کرائی رہیا آھیو تہ ہیٹ ڈنل خانن کی پیرو نہ تہ سوال نمبر 2 تی وجو۔

Title (Tick the relevant Box) تعارف (متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)۔ تعارف (ڈنل خانن پر نشان لگایو)۔	<input type="checkbox"/> Mr. جناب / جناب	<input type="checkbox"/> Mrs. محترمہ / محترمہ	<input type="checkbox"/> Ms. آنسہ / محترمہ	<input type="checkbox"/> Other دیگر (وضاحت کریں) / بیو (وضاحت کنڈا)
First & Last Name of Person فرد کا نام / فرد جو نالو				
Father's/Husband's Name والد / شوہر کا نام - والد / مٹرس جو نالو				
Current residential address				



موجودہ رہائشی پتو / موجودہ رہائشی پتو	
Email address (If any) ای میل پتو (اگر ہو) / ای میل ایڈریس (جیکڈھن ہجی نہ)	
Telephone number ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر	Landline لینڈ لائن / لینڈ لائن
Mobile موبائل / موبائل	
Your Relationship with the person who received services (Tick Relevant Box) جس شخص کا علاج ہوا ہے اس سے آپ کا کیا رشتہ ہے (متعلقہ خانے میں نشان لگائیں) جنہن شخص جو علاج تیار ان سان توہان جو رشتہ کھڑو آہی؟ (ذیل خانہ میں نشان لگائیو)	<input type="checkbox"/> Parent والدین والدین <input type="checkbox"/> Guardian سرپرست سرپرست <input type="checkbox"/> Spouse شوہر / بیوی مڑس / زال <input type="checkbox"/> Friend دوست دوست <input type="checkbox"/> Other (Please Specify) دیگر (وضاحت کریں) بیو (وضاحت کنندا)
Is this person deceased? کیا اس شخص کا انتقال ہو چکا ہے؟ چاہو شخص فوت تھی چکو آہی؟	<input type="checkbox"/> Yes If "Yes" attach the death certificate ہاں (اگر ہاں تو موت کے سرٹیفکیٹ کی نقل لگائیں) ہا (جیکڈھن 'ہا' نہ موت جی سرٹیفکیٹ جی کاپی لگائیو). <input type="checkbox"/> No If "No" go to the next section نہیں (اگر 'نہیں' تو آگلا سوال دیکھیں) نہ (جیکڈھن 'نہ' تا آگيون سوال ڈسو).

SECTION 2

پاگو 2 / دوسرا حصہ

FIRST POINT OF COMPLAINT

شکایت درج کرانے کی پہلی جگہ
شکایت داخل کرڻ جو پھریون نقطو

Did you lodge a complaint about this event with the healthcare establishment, where this event happened? کیا آپ نے واقعے کی شکایت اس اسپتال / صحت مرکز میں درج کرائی ہے جہاں یہ پیش آیا؟ چا توہان پنہنجی واقعی جی شکایت اسپتال / صحت مرکز میں داخل کرائی هئي جتي اهو واقعو پیش آيو؟	<input type="checkbox"/> Yes ہا / ہا <input type="checkbox"/> No (if "No" than go to next question) نہ (جیکڈھن 'نہ' تا آگيون سوال ڈسو). / نہیں (اگر 'نہیں' تو آگلا سوال دیکھیں)
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). فیصلی / نتیجی بابت تفصیل جاتا یو (جیکڈھن ضروری هجي تا اضافی شیت لگائی سگھو تا)	If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دہی کریں: Day----- Month----- Year----- دن مہینہ سال ڈینھن مہینو سال To whom: _____ شکایت کس سے کی / شکایت کنھن وت
Did you lodge your complaint with any other agency? کیا آپ نے اپنی شکایت کسی اور ایجنسی / فورم پر جمع کرائی ہے؟ چا توہان کنھن بئی فورم / ایجنسی ء وت شکایت داخل کئی هئي؟	<input type="checkbox"/> Yes ہا / ہا <input type="checkbox"/> No (if "No" than go to next question) نہ (جیکڈھن 'نہ' تا آگيون سوال ڈسو). / نہیں (اگر 'نہیں' تو آگلا سوال دیکھیں)
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). فیصلی / نتیجی بابت تفصیل جاتا یو (جیکڈھن ضروری هجي تا اضافی شیت لگائی سگھو تا)	If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دہی کریں: Day----- Month----- Year----- دن مہینہ سال ڈینھن مہینو سال To whom: _____ شکایت کس سے کی / شکایت کنھن وت



SINDH HEALTH CARE COMMISSION (SHCC)

Quality Care for All

<p>Did you lodge a complaint about this event with SHCC before?</p> <p>کیا آپ نے اس سے پہلے سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کو شکایت درج کرائی ہے؟</p> <p>چاتوہان ایس ایچ سی سی وٹ اگہ ہر بد شکایت داخل کری چکا آھیو؟</p>	<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)
	<p>If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دہی کریں: / جیکڈھن ہا تہ پوہ تاریخ چاٹاویو</p> <p>Day----- Month----- Year----- دن مہینہ سال ڈینھن مہینو سال</p>	
	<p>Write outcome/result of that complaint (Use Additional sheet if required).</p> <p>لکھیں کہ آپ کی شکایت کا کیا نتیجہ نکلا (اگر ضرورت ہو تو اضافی کاغذ استعمال کریں)۔ فیصلی / نتیجی بابت تفصیل چاٹاویو (جیکڈھن ضروری ہجی تہ اضافی شیت لگائی سگھو تا)</p>	

SECTION 3

پاگو 3 / تیرا حصہ

COMPLAINT INFORMATION

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 ے ان جی سامہون ضروری تفصیل لکو)

A Healthcare Service Provider (HCSP)

صحت جون خدمتون فراہم کنندہ / طبی عملے کا فرد

B Healthcare Establishment (HCE)

صحت جون سہولتون فراہم کنندہ ادارو / صحت مرکز / اسپتال

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

صحت جون خدمتون فراہم کنندہ (تفصیل لکو ے ضروری ہجی اضافی شیت لگایو) / طبی عملے کا فرد

Name of service provider:

صحت جون سہولتون فراہم کنندہ جو نالو / طبی عملے کے فرد کا نام

Registration Number:

رجسٹریشن نمبر: / رجسٹریشن نمبر:

Name of Organization/Hospital/ Centre/Individual Owner:

اداری / اسپتال / سینٹر / انفرادی مالک جو نالو: - فرد واحد کا نام / مرکز / اسپتال / ادارے

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
 ڈنڈن جو ڈاکٹر

Other (Please specify)

دیگر (وضاحت کریں)
 بیو (وضاحت کریو)

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)

صحت جون سہولتون فراہم کنندہ ادارو (جیتریقدر ممکن ہجی تفصیل چاٹاویو) / صحت مرکز (جتنی زیادہ تفصیل ممکن ہو لکھیں) / اسپتال

Name of Manager/Administrator:

مئنيجر / اٹہمنسٹریٹر جو نالو: - ایڈمنسٹریٹر کا نام: / مینیجر

Name of Organization/Hospital/ Centre/Individual Owner:

اداری / اسپتال / سینٹر / انفرادی مالک جو نالو: - فرد واحد مالک کا نام: / مرکز / اسپتال / ادارے



Type of Healthcare Establishment اسپتال / صحت مرکز کی نوعیت صحت جون سہولتون فراہم کنندہ اداري 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		

SECTION 4

MY COMPLAINT

پاڻو 4 / چوتھا حصہ

میری شکایت
منہنجی شکایت

a) 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.

(الف) 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۔
(الف) مہربانی کری شکایت جو مختصر تفصیل جٹائیو۔ اہو وڈیک مددگار ٹیندو تہ چا تیو، کڈھن تیو ۶ کیر ملوٹ آھن۔ جیکڈھن توھان کی وڈیک جاء گھر جي تہ اضافي شیت شکایت فارم جي پٺيان لڳايو۔ مہربانی کری جیکي بہ لاڳاپيل دستاویز ھجن سي لڳايو۔

b) Nature of harm experienced by the patient/client as a result of the received treatment

(Kindly tick the relevant box(s))

(ب) مریض / خدمت حاصل کرنے والے کو علاج سے پہنچنے والے نقصان کی نوعیت (براہ مہربانی متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)
(ب) مریض / خدمت حاصل کنندہ کی علاج کان پہچندہ نقصان جي نوعیت (مہربانی کری جٹائیل خانی ہر نشان لڳايو)

Death / موت / موت

Unconsciousness / بے ہوشی / بیہوشی

Impairment or loss of mental functions / جسم جي ڪنهن حصي ۾ نقص / خرابي يا دماغ جو ڪم نہ ڪرڻ / خرابی یا دماغ کا کام نہ کرنا / جسم کے کسی حصے میں نقص



- Extreme physical pain / جسم میں شدید درد / جسم پر سخت سور
- Protracted and obvious disfigurement / دیر تائین رہنے والی واضح خرابی جو جسم بگاڑ دے / دیر تک رہنے والی واضح خرابی جو جسم بگاڑ دے
- Impairment or temporary loss of the function of a bodily member/ organ.
جسم جي ڪنهن حصي ۾ نقص يا ڪو حصو / عضوي جو ڪم نہ ڪرڻ / عضو کا ڪام نہ کرنا / جسم کے کسی حصے میں نقص یا کسی حصے
- Bodily injury which involves a substantial risk of death
جسم جي ڪنهن حصي جو اهڙي طرح زخمي ٿيڻ جنهن سان موت جو اندیشو هجي / جسم کے کسی حصے کا اس طرح زخمی ہونا جس سے موت کا اندیشو ہو
- Permanent loss of bodily function / جسم مستقل طور پر مفلوج ہونا / جسم جو مستقل طور تي مفلوج رھڻ
- Other(Specify): _____
ٻيو (وضاحت ڪريو) / ڊيگري (وضاحت ڪريو)

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 توہان جي خاص درخواست ڪهڙي آهي؟

SECTION 5

AUTHORITY

پانچواں حصہ / پاڻو 5

اختیار / اختيار

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 ڪندڙ / مریض جي نالي ۽ شکایت بابت معلومات گھربل هوندي آهي، توڙي جو مخصوص حالتن ۾ ڪميشن اها معلومات روڪي سگھي ٿي. جيڪڏهن ان جا مناسب سبب هجن. جيڪڏهن توھان کي پنھنجي نالي ۽/يا شکایت جي پٿرائي تي ڪا ڳڻتي هجي تہ هيٺ ان جا سبب ڄاڻايو

SECTION 6

ACCESSING HEALTH INFORMATION

چھٿا حصہ / پاڻو 6

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

It will assist the SHCC to have the consent of the person who received the health services so that they can collect the required information to assess the complaint.

(Please select one of the following options that apply to you.)

جس فرد نے طبی خدمات حاصل کی ہیں اس کی رضامندی حاصل کرنے سے سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کو مدد ملے گی کہ کمیشن آپ کی شکایت کی جانچ کے لیے متعلقہ معلومات حاصل کر سکے۔
(آگے جو تین باتیں درج ہیں ان میں جس کا آپ پر اطلاق ہوتا ہے وہ منتخب کریں۔)

ان سلسلي ۾ صحت جون سهولتون فراہم ڪندڙ اداري جي مالڪ جو راضيو ایس ایچ سی سی لاءِ مددگار ثابت ٿيندو تہ جيئن ڪميشن کي توھان جي شکایت بابت گھربل معلومات گڏ



ڪرڻ ۾ آساني ٿئي.

A. I am complaining about the health services provided to me and authorize the SHCC to access my personal information for the purpose of handling this complaint.

(الف) میں اپنے علاج کے بارے میں سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن میں شکایہ درج کر رہا / رہی ہوں اور کمیشن کو اختیار دیتا / دیتی ہوں کہ اگر ضرورت ہو تو اس شکایت پر کارروائی کی غرض سے کمیشن علاج سے متعلق میری ذاتی معلومات حاصل کر سکتا ہے۔

(الف) آئون شکایت ڪريان ٿو ۽ ايس ايڇ سي سي کي اختيار ڏيان ٿو ته هن شڪايت جي ٻڌڻيءَ لاءِ منهنجي شخصي تفصيل تائين رسائي حاصل ڪري ۽ ان جو جائزو وٺي.

Signature _____

Thumb Impression _____

صحيح / دستخط

انگوڻي جو نشان / انگوڻي کان نشان

B. I am the next-of-kin/ guardian of the person who received the health services and authorize the SHCC to access medical and other information for the purpose of handling this complaint.

(ب) میں اس شخص کا وارث / سرپرست ہوں جس کا علاج کیا گیا اور اس شکایت پر کارروائی کی غرض سے اور سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کو طبی اور دیگر معلومات حاصل کرنے کا اختیار دیتا / دیتی ہوں۔
(ب) مان هن شخص جو وارث / سرپرست آهيان، جنهن جو علاج ڪيو ويو ۽ هن شڪايت تي ڪارروائي جي لحاظ کان ۽ سنڌ هيلٿ ڪيئر ڪميشن کي طبي امداد ۽ ٻي معلومات حاصل ڪرڻ جو اختيار ڏيان ٿو/ ٿي.

Signature _____

Thumb Impression _____

صحيح / دستخط

انگوڻي جو نشان / انگوڻي کان نشان

C. If you are making this complaint on behalf of someone else, please have them sign by that person and complete the following:

(ج) اگر آپ کسی اور کی طرف سے شکایت درج کر رہے / رہی ہیں تو نیچے دی گئی عبارت پر اس شخص کے دستخط کرائیں اور فارم کا باقی حصہ پر کریں۔
(ج) جيڪڏهن توهان ڪنهن ٻئي جي طرفان شڪايت داخل ڪرائي رهيا / رهيو آهيو ته هيٺ ڏنل تفصيل تي ان شخص کان صحيح ڪرائي فارم جو باقي حصو ڀريو.

I understand that (complainant name) ----- is making a complaint about the health services provided to me and authorize the SHCC to access my personal information for the purpose of handling this complaint.

مجھے علم ہے کہ (شکایت کنندہ کا نام) ----- سے اس علاج کے بارے میں شکایت درج کر رہا / رہی ہے جو مجھے فراہم کیا گیا اور سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کو یہ اختیار دیتا / دیتی ہوں کہ اگر ضرورت ہو تو وہ اس شکایت پر کارروائی کی غرض سے میری ذاتی معلومات تک رسائی حاصل کرے۔

مون کي خبر آهي ته (شڪايت ڪندڙ جو نالو) ----- منهنجي طرفان هن علاج جي باري ۾ شڪايت داخل ڪرائي رهيو / رهي آهي جيڪو مون کي فراهم ڪيو ويو ۽ سنڌ هيلٿ ڪيئر ڪميشن کي هي اختيار ڏيان ٿو / ٿي ته جيڪڏهن ضرورت هجي ته هن شڪايت تي ڪارروائي جي لحاظ کان منهنجي ذاتي معلومات تائين پهچ حاصل ڪري.

Signature _____

Thumb Impression _____

صحيح / دستخط

انگوڻي جو نشان / انگوڻي کان نشان

and /or - يا / اور - ۽ /

I authorize SHCC to speak the complainant about the health service/treatment received.

میں سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کو اختیار دیتا / دیتی ہوں کہ وہ مجھے فراہم کیے گئے علاج کے بارے میں شکایت کنندہ سے گفتگو کرے۔
مان سنڌ ڪيئر ڪميشن کي اختيار ڏيان ٿو / ٿي ته اهو مون کي فراهم ڪيل علاج جي باري ۾ شڪايت ڪندڙ سان ڳالھائي.

Signature _____

Thumb Impression _____



صحيح / دستخط

اگھوئي جو نشان / اگھوئي 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۔
مٹی جانايل سموري معلومات منهنجي جان مطابق سچي ۽ درست آهي

Signature

دستخط / صحيح

Date

تاریخ / تاریخ

Before sending this form, kindly check that you have:

فارم بھیجنے سے پہلے براہ مہربانی جانچ کر لیں کہ آپ نے: / هيءُ فارم موكلن کان اڳ مہرباني ڪري چيڪ ڪريو تہ توهان:

Included as much as relevant information as possible.

جس قدر معلومات ممکن ہیں وہ لکھ دی گئی ہیں۔ / هر ممكن طور تي گهريل معلومات وڌ کان وڌ جاناڻي آهي

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 تفصيل جانايا آهن جنهن بابت توهان شڪايت ڪئي آهي

Clearly identified your concern.

اپنی تشویش واضح طور پر لکھ دی ہے۔ / پنهنجي مقصد کان مڪمل طور تي آگاه آهيو

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۔ / ياڳي 5: اختياري ۽ ياڳي 6: صحت بابت معلومات تائين رسائي جا جواب ڏنا آهن

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۔ /

سي اين آءِ سي ۽ ٻين لاڳاپيل دستاويزن جا نقل شامل ڪيا آهن (مہرباني ڪري اصل دستاويز نہ لڳايو)

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۔ / هڪ قسم نامو (جنهن ۾ اها ذميواري قبول ڪئي هجي تہ فراهم ڪيل معلومات درست آهي)

Please send complaint and supporting information to:

مہرباني ڪري شڪايت ۽ لاڳاپيل دستاويز هن پتي تي موڪليو / براہ مہرباني اپنی شڪايت اور متعلقہ معاون دستاويزات 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

چيف ايگزيڪيوٽو آفيسر (سي اي او)

سنڌ هيلٿ ڪيئر ڪميشن

سوئٽ نمبر 309، دي پلازا، بلاڪ 9، ڪلفٽن، ڪراچي.

آن لائن موڪلڻ لاءِ ايس ايڇ سي سي جي ويب پيج www.shcc.org.pk تي اچو.

چيف ايگزيڪيوٽو آفيسر

سنڌ هيلٿ ڪيئر ڪميشن

سوئٽ نمبر 309، دي پلازا، بلاڪ 9، ڪلفٽن، ڪراچي۔

اپنی شڪايت آن لائن درج ڪرڻ لاءِ اس ويب لنڪ پر جائیں 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: سنڌ هيلٿ ڪيئر ڪميشن کو غلط معلومات فراهم ڪرڻا جرم ہے، غلط معلومات فراهم ڪرڻ والے پر 200,000 روپے تک جرمانہ ڪيا جا سگھتا ہے۔

نوٽ ڪريو تہ:

ڪنهن بہ شخص خلاف سنڌ هيلٿ ڪيئر ڪميشن کي ڪوڙي معلومات فراهم ڪرڻ ڏوهہ آهي. اهڙي صورت ۾ ان شخص تي - / 200,000 روپين تائين ڏنڊ وجهي سگھجي ٿو.



Privacy Statement:

The Sindh Healthcare Commission will not disclose your information to any third party unless it is required to resolve the complaint.

پوشیدگیء بابت بیان:

سنڌ هيلٿ ڪيئر ڪميشن توھان جي معلومات ڪنھن بہ ٽئين ڌر کي فراھم نہ ڪندي جيستائين اھا شڪايت جي حل لاءِ ضروري نہ ھجي.

ACKNOWLEDGEMENT SLIP

وصولي کي رسيد / موٽ رسيد

Complaint number:

شڪايت نمبر: شڪايت نمبر:

Date:

تاريخ: تاريخ:

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

سنڌ هيلٿ ڪيئر ڪميشن تصدیق ڪر ٿو ته ڪم ڪرڻ / محترم / محترمہ ولد / بنت / زوجہ _____ نے شڪايت جمع ڪرائي ہے۔

ايس ايچ سي سي اها تصدیق ڪري ٿي ته جناب / بيگم / محترمہ پٽ / ڌيءُ _____ شڪايت داخل ڪئي آهي.

The SHCC will update you regarding actions on your complaint.

سنڌ هيلٿ ڪيئر ڪميشن آپ کي شڪايت کي ڪيے جانے والے اقدامات سے آپ کو مطلع ڪرے گا۔

ايس ايچ سي سي توھان جي شڪايت بابت توھان کي آگاهي ڏيندي

Assistant / اسسٽنٽ / اسسٽنٽ

Directorate of Complaint / ڊائريڪٽوريٽ آف ڪمپليٽ / ڊائريڪٽر شڪايت

SHCC / ايس ايچ سي سي / ايس ايچ سي سي

OFFICE USE ONLY

صرف دفتر کے استعمال کے لیے / صرف آفيس جي

Complaint reference No.: شڪايت حوالو نمبر / شڪايت کا حواله نمبر:	Date: تاريخ / تاريخ:		
Type of Complaint: شڪايت بخلاف / شڪايت کي نوعيت	<input type="checkbox"/> Service Provider طبي عملو / طبي عملہ	<input type="checkbox"/> Health Establishment اسپتال / صحت مرکز / صحت مرکز / اسپتال	
Category of Complaint: شڪايت جو قسم / شڪايت کي قسم	<input type="checkbox"/> Managerial انتظاميه بابت / انتظاميه سے متعلق	<input type="checkbox"/> Treatment علاج بابت / علاج سے متعلق	<input type="checkbox"/> Behaviour رويي بابت / رويے سے متعلق
Complaint lodged: شڪايت کس طرح کي گئي / درخواست داخل ڪئي	<input type="checkbox"/> Online آن لائن / آن لائن	<input type="checkbox"/> In writing لکت پر / تحريري طور پر	<input type="checkbox"/> In person ذاتي طور پيش ٿي / ذاتي طور پر

Notes: / نوٽس / نوٽس