



مریض لاءِ شکایت فارم / مریض کے لیے شکایت فارم / Patient Complaint Form

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 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 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 جي بيروني ڪندي ايس ايچ سي سي جو قيام عمل ۾ آيو. هيءَ خود مختيار ڪميشن سنڌ صوبي ۾ نجي توڙي سرڪاري بنهي سيڪٽرن ۾ صحت جون سهولتون فراهم ڪرڻ بابت ضابطن ۽ انهن جي معيار تي نظر رکندي. ايس ايچ سي سي اهڙيون شڪايتون ٻڌندي جيڪي ڪلينيڪل انتظام يا مريضن جي سار سنڀال ۾ رندڪ، صحت جون سهولتون فراهم ڪندڙ شخص/ اداري جي پروفیشنل رويي ۽ صحت جي خطري ۽ عوام جي تحفظ بابت هونديون.

شکایت داخل ڪرڻ جو طريقو

صحت جون سهولتون (ايچ سي سي) فراهم ڪندڙ اداري جو ڪو به مالڪ/ مئنيجر يا سندن قانوني نمائندو شڪايت داخل ڪري سگهي ٿو. شڪايت لازمي طور تي هن فارم تي لکت ۾ هجڻ گهرجي. اهو وڌيڪ ضروري آهي ته لاڳاپيل معلومات ۽ اضافي دستاويز به هن فارم سان گڏ هجن.

شکایت داخل ڪرڻ جو پهريون 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 ايچ سي سي وٽ شڪايت رڳو ان صورت ۾ ڪري سگهجي ٿي جڏهن ايس ايچ سي سي اي پهرئين مرحلي ۾ حل ڪرڻ ۾ ناڪام رهي هجي.

شکایت داخل ڪرڻ جي لاءِ مدد

جيڪڏهن توهان کي شڪايت لکڻ ۾ ڏکيائي پيش اچي ته ايس ايچ 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 ايچ سي سي ان جي وصولي جي رسيد ڏيندي. شڪايت جو مڪمل جائزو ورتو ويندو ۽ جيڪڏهن جانچ لائق هوندي ته ايس ايچ 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

پاڻو پھريون / پہلا حصہ

PERSONAL INFORMATION OF COMPLAINANT

شکایت کنندہ کے ذاتی کوائف

شکایت کرڻ واري جي ذاتي جاڻ

A. Personal details

ذاتی تفصیل / ذاتی تفصیلات

Title (Tick the relevant Box) تعارف (متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)۔ تعارف (جائزہ خانہ میں نشان لگایا)۔	<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) پتہ جو پتہ (جیکڈھن رہائشی پتے کا مختلف ہجی)				
Email address (If any) ای میل پتہ (اگر ہو) / ای میل ایڈریس (جیکڈھن ہجی نہ)				
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	<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 کر رہے ہیں تو نیچے کے خانے پر کریں ورنہ سوال نمبر 2 پر جائیں۔

جیکڈھن توہان شکایت کنندہ طرفان شکایت داخل کرائی رہی آہیو تہ ہیبت ڈنل خانہ کی پریو نہ سوال نمبر 2 تی وجو۔

Title (Tick the relevant Box) تعارف (متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)۔ تعارف (ڈنل خانہ میں نشان لگایا)۔	<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 هجي تہ)					
Telephone number ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر	Landline لنڈلائن / لینڈلائن		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) جنهن شخص جو علاج ٿيو ان سان توهان جو رشتو ڪهڙو آهي؟ (ذیل خانہ میں نشان لگایو)	<input type="checkbox"/> Parent والدین والدین	<input type="checkbox"/> Guardian سرپرست سرپرست	<input type="checkbox"/> Spouse شوہر / بیوی مؤنس / 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؟ چا اهو شخص فوت ٿي چڪو آهي؟	<input type="checkbox"/> Yes If "Yes" attach the death certificate ہاں (اگر ہاں تو موت کے سرٹیفکیٹ کی نقل لگائیں) ہا (جیکڈھن 'ہا' تہ موت جي سرٹیفکیٹ جي کاپي لگایو).		<input type="checkbox"/> No If "No" go to the next section نہیں (اگر 'نہیں' تو اگلا سوال دیکھیں) نہ (جیکڈھن 'نہ' تہ اگلیوں سوال ڈسو)		

SECTION 2

پاڳو 2 / دوسرا حصہ

FIRST POINT OF COMPLAINT

شکایت درج کرنے کی پہلی جگہ
شکایت داخل کرڻ جو پھريون 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 توهان پنهنجي واقعي جي شکایت اسپتال / صحت مرکز ۾ داخل ڪرائي هئي جتي اهو واقعو پيش آيو؟	<input type="checkbox"/> Yes ہا / ہا	<input type="checkbox"/> No (if "No" than go to next question) نہ (جیکڈھن 'نہ' تہ اگلیوں سوال ڈسو) / نہیں (اگر 'نہیں' تو اگلا سوال دیکھیں)
	If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دی کریں: Day----- Month----- Year----- دن مہینہ سال ڈینهن مہینو سال To whom: _____ شکایت کس سے کی / شکایت کنهن وٽ	
Did you lodge your complaint with any other agency? کیا آپ نے اپنی شکایت کسی اور ایجنسی / فورم پر جمع کرائی ہے؟ چا توهان ڪنهن ٻئي فورم / ایجنسيءَ وٽ شکایت داخل ڪئي هئي؟	<input type="checkbox"/> Yes ہا / ہا	<input type="checkbox"/> No (if "No" than go to next question) نہ (جیکڈھن 'نہ' تہ اگلیوں سوال ڈسو) / نہیں (اگر 'نہیں' تو اگلا سوال دیکھیں)
	If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دی کریں: Day----- Month----- Year----- دن مہینہ سال ڈینهن مہینو سال To whom: _____ شکایت کس سے کی / شکایت کنهن وٽ	



SINDH HEALTH CARE COMMISSION (SHCC)

Quality Care for All

	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 جٹائیو (جیکڈھن ضروری هجي تہ اضافی شیت لگائی سگھوتا)	
Did you lodge a complaint about this event with SHCC before? کیا آپ نے اس سے پہلے سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کو شکایت درج کرائی ہے؟ چا توہان ایس ایچ سی سی وٹ اگ پر بدشکایت داخل کری چکا آھیو؟	<input type="checkbox"/> Yes ہا / ہاں	<input type="checkbox"/> No (if "No" than go to next question) نہ (جیکڈھن نہ تہ اگ یوں سوال ڈسو) / نہیں (اگر نہیں تو اگلا سوال دیکھیں)
	If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دہی کریں: جیکڈھن ہا تہ پوہ تاریخ جٹائیو / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دہی کریں: Day----- Month----- Year----- دن مہینہ سال ڈینھن مہینو سال	
	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 جٹائیو (جیکڈھن ضروری هجي تہ اضافی شیت لگائی سگھوتا)	

SECTION 3

پاگؤ 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 کنھن جی خلاف آھی (لاگاپیل خانی تی تک جو نشان لگائیو ۽ ان جی سامھون ضروری تفصیل لکو)

A Healthcare Service Provider (HCSP)

صحت جون خدمتون فراھم کندڑ / طبی عملے کا فرد

B Healthcare Establishment (HCE)

صحت جون سھولتون فراھم کندڑ ادارو / صحت مرکز / اسپتال

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

صحت جون خدمتون فراھم کندڑ (تفصیل لکو ۽ ضروری هجي اضافی شیت لگائیو) / طبی عملے کا فرد

Name of service provider:

صحت جون سھولتون فراھم کندڑ 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

Doctor

Nurse

Dentist

Other (Please specify)

طبی عملے کے فرد کی نوعیت
صحت جون خدمتون فراھم کندڑ جو عھدو

ڈاکٹر

نرس

دانتوں کا ڈاکٹر

دیگر (وضاحت کریں)

ڈاکٹر

نرس

ڈنڈن جو ڈاکٹر

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 سهولتون فراهم ڪندڙ ادارو (جيتريقدر ممڪن هجي تفصيل ڄاڻايو) / صحت مرڪز (مختيٰ زياده تفصيل ممڪن هو لکيڻ) / اسپتال

Name of Manager/Administrator:

مئنيجر/ ائبمنسٽريٽر جو نالو: - ايڊمٽريٽر ڪانام: / مئنيجر

Name of Organization/Hospital/ Centre/Individual Owner:

اداري/ اسپتال/ سينٽر/ انفرادي مالڪ جو نالو: - فرد واحد مالڪ ڪانام: / مرڪز/ اسپتال/ اداري

Type of Healthcare Establishment

Specify:

اسپتال / صحت مرڪز کي نوعيت
صحت جون سهولتون فراهم ڪندڙ اداري جو قسم

وضاحت ڪريڻ:
وضاحت ڪريو

Telephone number

ٿيل فون نمبر / ٽيليفون نمبر

Landline

لئنڊ لائن / لينڊ لائن

Mobile

موبائل / موبائل

Address

پتا
پتو

SECTION 4

MY COMPLAINT

ڀاڱو 4 / چوڻي

ميري شڪايت
منهنجي شڪايت

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 شڪایت کا مختصر خلاصہ لکھیں۔ یہ باتنا، ہم 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 شڪایت سے متعلق کوئی دستاویز آپ کے پاس ہے تو اسے منسلک کریں۔

(الف) مہربانی ڪري شڪايت جو مختصر تفصيل ڄاڻايو. اهو وڌيڪ مددگار ٿيندو ته ڇا ٿيو، ڪڏهن ٿيو ۽ ڪير ملوث آهن. جيڪڏهن توهان کي وڌيڪ جاءِ گهرجي ته اضافي شڪايت فارم جي پٺيان لڳايو. مہربانی ڪري جيڪي به لاڳاپيل دستاویز هجن 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) مريض / خدمت حاصل کرنے والے کو علاج سے پہنچنے والے نقصان کی نوعیت (براه مہربانی متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)
(ب) مريض / خدمت حاصل کنندہ کی علاج کان پہچندہ نقصان جي نوعیت (مہربانی مہربانی جانی پر نشان لگایو)

- Death / موت / موت
- Unconsciousness / بے ہوشی / بیہوشی
- Impairment or loss of mental functions / جسم کے کسی حصے میں نقص / خرابی یا دماغ کا کام نہ کرنا / خرابی یا دماغ جو کم نہ کرنا
- Extreme physical pain / جسم میں شدید درد / جسم پر سخت سور
- Protracted and obvious disfigurement / دیر تک رہنے والی واضح خرابی جو جسم بگاڑ دے / دیر تائیں رہنے والی ظاہری خرابی جیسا کہ جسم کی خرابی چھٹی
- Impairment or temporary loss of the function of a bodily member/ organ.
جسم کی کنہن حصی پر نقص یا کو حصو / عضوی جو کم نہ کرنا / جسم کا کام نہ کرنا / جسم کے کسی حصے میں نقص یا کسی حصے
- Bodily injury which involves a substantial risk of death
جسم کی کنہن حصی جو اہڑی طرح زخمی تین جنہن سان موت جو اندیشو ہجی / 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 رہن
- Other(Specify): _____
دیگر (وضاحت کریں) / بیو (وضاحت کریو) _____

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 کھڑی آہی؟

SECTION 5

AUTHORITY

پانچواں حصہ / پارٹ 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 نالی ۽ شکایت بابت معلومات گھریل ہوندي آہی، توڑی جو مخصوص حالتن پر کمیشن اہا معلومات روکی سگھی تی۔ جیکڈھن ان جا مناسب سبب ہجن۔ جیکڈھن توہان کی پنہنجی نالی ۽ / یا شکایت جي پدراٹی ۽ تی کا گھنتی ہجی تہ ہیٹ ان جا سبب جاتا یو

SECTION 6

ACCESSING HEALTH INFORMATION

چھٹا 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 سندھی 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 سلسلی پر صحت جون سہولتون فراہم کنندہ اداري جي مالڪ جو راضيو ايس ايچ سي سي لاءِ مددگار ثابت ٿيندو ته جيئن ڪميشن کي توهان جي شڪايت بابت گهربل 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 شڪايت ڪريان ٿو ۽ ايس ايچ 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

انگورني جو نشان / انگورني 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/تي.

Signature _____

Thumb Impression _____

صحيح / دستخط

انگورني جو نشان / انگورني 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 پُر 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 پورو.

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) ----- میری جانب 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 / تي ته جيڪڏهن ضرورت هجي ته هن شڪايت تي ڪارروائي جي لحاظ کان منهنجي ذاتي معلومات تائين پهچ حاصل ڪري.

Signature _____

Thumb Impression _____

صحيح / دستخط

انگورني جو نشان / انگورني کان نشان



SINDH HEALTH CARE COMMISSION (SHCC)

Quality Care for All

and/or - یا - یا / 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 سنڈ کبیر کمیشن کی اختیار ڈیان تو / تھی تہ اہو مون کی فراہم کیل علاج جی باری ہر شکایت کنندہ سان گالہائی۔

Signature _____

Thumb Impression _____

دستخط / صحیح

انگوٹھے کا نشان / آگونی جونشان

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 جانائیل سموری معلومات منہنجی چاٹ مطابق سچی ہے درست آھی

Signature _____

دستخط / صحیح

Date _____

تاریخ / تاریخ

Before sending this form, kindly check that you have:

فارم بھیجنے سے پہلے براہ مہربانی جانچ کر لیں کہ آپ نے: / ہی، فارم موکلن کان اگ ہر 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 گھربل معلومات وڈ کان وڈ جانائیل آھی

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 چائیا آھن جنہن بابت توہان شکایت کئی آھی

Clearly identified your concern.

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

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۔ / یا گئی 5: اختیاری ہے یا گئی 6: صحت بابت معلومات تائیل رسائی جا جواب دنا آھن

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 پی سے بین لاگاپیل دستاویزین جا نقل شامل کیا آھن (مہربانی کری اصل دستاویز نہ لگاپیو)

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 اھا ذمیواری قبول کئی ہجی تہ فراہم کیل معلومات درست آھی)

Please send complaint and supporting information to:

مہربانی کری شکایت ۽ لاگاپیل دستاویز ہن پتی تی موکلیو / 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

چیف ایگزیکٹو آفیسر (سی ای او)

سنڈ ہیلتھ کیئر کمیشن

سوٹ نمبر 309، دی پلازا، بلاک 9، کلٹن، کراچی۔

آن لائن موکلن لاء ایس ایچ سی سی جی ویب پیج www.shcc.org.pk تی اچو۔

چیف ایگزیکٹو آفیسر

سنڈ ہیلتھ کیئر کمیشن

سوٹ نمبر 309، دی پلازا، بلاک 9، کلٹن، کراچی۔

اپنی شکایت آن لائن درج کرانے کے لیے اس ویب لنک پر جائیں: www.shcc.org.pk



SINDH HEALTH CARE COMMISSION (SHCC)

Quality Care for All

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/=

براه 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 ۾ ان شخص تي -/200,000 روپن تائين ڏنڊ وجهي سگهجي ٿو۔

Privacy Statement:

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

پوشيد گي بابت بيان:

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن توہان جي معلومات کنہن بہ تعین در کی فراہم نہ کندي جيستائين اها شکایت جي حل لاء ضروري نہ هجي۔

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 کری ٿي تہ جناب / بیگم / محترم _____ پت / ذیء _____ شکایت داخل کئی آہی۔

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 جي شکایت بابت توہان کی آگاہی ڏيندي

Assistant / اسسٹنٹ / اسسٹنٹ

Directorate of Complaint / ڈائریکٹریٹ آف کمپلینٹ / ڈائریکٹر شکایات

SHCC / ایس ایچ سی سی / ایس ایچ سی سی

OFFICE USE ONLY

صرف دفتر کے استعمال کے لیے / صرف آفیس جی

Complaint reference No.:	Date:		
شکایت حوالو نمبر / شکایت کا حوالہ نمبر:	تاریخ / تاریخ:		
Type of Complaint:	<input type="checkbox"/> Service Provider طبي عملو / طبي عملہ	<input type="checkbox"/> Health Establishment اسپتال / صحت مرکز / صحت مرکز / اسپتال	
Category of Complaint:	<input type="checkbox"/> Managerial انتظامیہ بابت / انتظامیہ سے متعلق	<input type="checkbox"/> Treatment علاج بابت / علاج سے متعلق	<input type="checkbox"/> Behaviour رویہ بابت / رویے سے متعلق
Complaint lodged:	<input type="checkbox"/> Online آن لائن / آن لائن	<input type="checkbox"/> In writing لکت پر / تحریری طور پر	<input type="checkbox"/> In person ذاتی طور پر / ذاتی طور پر

Notes: / نوٹس / نوٹس