



### Healthcare Establishment Complaint Form /

### ہیلت 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 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) from the day on which the person aggrieved first had the notice of the matter alleged in the complaint. A complaint should only be lodged with the SHCC if HCE is unable to resolve the issue or concern at first point- the HCE.

#### Assistance required while making a Complaint

If you have difficulty in writing the complaint, the SHCC helpline can be reached at number(s) 0800 07422.

#### 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 معیار کو قانون کے دائرے میں لانا ہے۔ کمیشن صحت کی خدمات سے متعلق ایسی تمام شکایات پر کارروائی کرنے کا مجاز 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

کوئی بھی شخص 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 کرنا ضروری ہے۔

#### شکایت پہلے کہاں درج کرائی جائے

متاثرہ شخص 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: 0800 07422

#### شکایت کا طریقہ کار

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن میں شکایت درج کرانے کے بعد شکایت

کندہ کو کمیشن کی طرف سے وصولی کی رسید دی جائے گی۔

کمیشن میں شکایت کا جائزہ لیا جاتا ہے اور اگر شکایت تحقیقات

کلیے قبول کر لی جائے تو شکایت کندہ 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 کندہ 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 ۽ انہن جي معيار تي نظر رکندي. ایس ایچ سی سی اہڑیون شکایتون ہڈندي جيڪي کلينيڪل انتظام يا مريضن جي سار سنپال ۾ رنبدڪ، صحت جون سہولتون فراہم کندڙ شخص / اداري جي پيشہ وارانہ روئي ۽ صحت جي خطري ۽ عوام جي تحفظ بابت ہونديون.

#### شکایت داخل کرڻ جو طريقو

کوبہ شخص يا ان جو قانوني نمائند سندھ ہیلتھ کیئر

کمیشن ۾ شکایت درج کرائي سگهجي شکایت 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 کرڻ جو پهریون نقطو

متاثرہ قیل اداري يا سندن قانوني نمائند جي لاء لازمي

ہوندو ته پهرين اها شکایت واسطيدار اداري وٽ واقعو

پيش اچڻ جي 30 ڏينهن اندر داخل ڪئي وڃي. ایس ایچ

سي سي وٽ شکایت رڳو ان صورت ۾ ڪري سگهجي

ٿي جڏهن اچڻ جي اي پهرئين مرحلي ۾ حل ڪرڻ ۾

ناڪام رهي هجي.

#### شکایت داخل کرڻ جي لاء مدد

جيڪڏهن توهان کي شکایت لکت ۾ ڏکيائي پيش اچي

ته ایس ایچ سی سی جي هیلپ لائن سان هن نمبر

0800 07422 تي رابطو ڪري سگهجي ٿو.

#### شکایت جو طريقو

جڏهن ڪا به شکایت داخل ڪئي ويندي ته شکایت

کندڙ کي ایس ایچ سی سی ان جي وصولي جي رسيد

ڏيندي. شکایت جو مڪمل جائزو ورتو ويندو ۽

جيڪڏهن لائق هوندي ته ایس ایچ سی سی

شکایت کندڙ کي آگاه ڪندي ته جانچ ٿيم جي آڏو

حقيقتون پيش ڪيون وڃن. هر شکایت جي جانچ

کيس جي نوعيت مطابق ڪئي ويندي ۽ فيصلي کان

لکت ۾ آگاه ڪيو ويندو.

#### فيصلي خلاف اپيل

شکایت کندڙ کي حق حاصل هوندو ته فيصلي اچڻ جي

30 ڏينهن اندر ڊسٽرڪٽ / سيشن جج آڏو فيصلي جي

خلاف اپيل داخل ڪري.





# SINDH HEALTHCARE COMMISSION

Quality Care for All

## SECTION 1

### PERSONAL INFORMATION OF COMPLAINANT

پاڻڳو پھريون / پہلا حصہ شکایت کنندہ کے ذاتی کوائف / شکایت کرڻ واري جي ذاتي ڄاڻ

Contact details / رابطے کی تفصیلات / رابطي لاء تفصيل

|                                                                                                                      |                                                           |                                                    |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Name of Healthcare Establishment<br>اسپتال / صحت مرکز کا نام / اسپتال / صحت مرکز جو نالو                             |                                                           |                                                    |                                                   |
| Name of Owner of Healthcare Establishment<br>اسپتال / صحت مرکز کے مالک کا نام / اسپتال / صحت مرکز جي مالڪ جو نالو    |                                                           |                                                    |                                                   |
| CNIC number of owner<br>مالک کا قومی شناختی کارڈ نمبر / مالک جو قومی شناختی کارڈ نمبر                                |                                                           |                                                    |                                                   |
| First & Last Name of Complainant<br>شکایت کنندہ کا نام / شکایت کنندہ جو نالو (جیکڈھن مالک کانسواء کو بیو هجي)        |                                                           |                                                    |                                                   |
| CNIC number of Complainant<br>شکایت کنندہ کا قومی شناختی نمبر / شکایت کنندہ جو نالو (جیکڈھن مالک کانسواء کو بیو هجي) |                                                           |                                                    |                                                   |
| Postal address of Healthcare Establishment<br>اسپتال / صحت مرکز کا ڈاک کا پتہ / اسپتال / صحت مرکز جي ايڊريس          |                                                           |                                                    |                                                   |
| Email address (If any)<br>ای میل پتہ (اگر ہو) / ای میل ایڈریس (جیکڈھن هجي تہ)                                        |                                                           |                                                    |                                                   |
| Telephone number<br>ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر                                                                    | Landline<br>لینڈ لائن / لینڈ لائن                         | Mobile<br>موبائل / موبائل                          |                                                   |
| Preferred contact method<br>رابطے کا ترجیحی طریقہ / رابطي جو آسان طریقہ کار                                          | <input type="checkbox"/> Telephone<br>ٹیلی فون / ٹیلی فون | <input type="checkbox"/> Mobile<br>موبائل / موبائل | <input type="checkbox"/> Letter<br>خط / خط        |
|                                                                                                                      |                                                           |                                                    | <input type="checkbox"/> Email<br>ای میل / ای میل |

## SECTION 2

### FIRST POINT OF COMPLAINT

پاڻڳو 2 / دوسرا حصہ شکایت درج کرانے کی پہلی جگہ / شکایت داخل کرڻ جو پھريون نقطو

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Did you lodge your complaint with any other agency?<br>کیا آپ نے واقعے کی شکایت اس اسپتال / صحت مرکز میں درج کرائی ہے جہاں یہ پیش آیا؟<br>چا توہان پنهنجي واقعي جي شکایت اسپتال / صحت مرکز ۾ داخل کرائي هئي جتي اهو واقعہ پیش آیا؟               | <input type="checkbox"/> Yes / ہاں / ہا                          | <input type="checkbox"/> No (if "No" than go to next question)<br>نہ (جیکڈھن نہ تہ اڳيون سوال ڏسو) / نہیں (اگر نہیں تو اڳا سوال ڏکھیں) |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دہی کریں:       |                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Day----- Month----- Year-----<br>دن مہینہ سال<br>ڏينهن مهينو سال |                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | To whom: _____<br>شکایت کس سے کی / شکایت کنهن وٽ ڪئي             |                                                                                                                                        |
| Write outcome/result of that complaint (Use Additional sheet if required).<br>لکھیں کہ آپ کی شکایت کا کیا نتیجہ نکلا (اگر ضرورت ہو تو اضافی کاغذ استعمال کریں)۔<br>فیصلی / نتیجی بابت تفصیل ڄاڻایو (جیکڈھن ضروري هجي تہ اضافي ڀنو لڳائي سگھو ٿا) |                                                                  |                                                                                                                                        |





# SINDH HEALTHCARE COMMISSION

Quality Care for All

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Did you lodge a complaint with SHCC before</p> <p>کیا آپ نے اپنی شکایت سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن میں جمع کرائی ہے؟</p> <p>چا توہان پنہنجی شکایت سنڈ ہیلتھ کیئر کمیشن ۾ داخل کرائی آھی</p>                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Yes<br>ہا / ہاں                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> No (if "No" than go to next question)<br>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:</p> <p>Day----- Month----- Year-----</p> <p>دن مہینہ سال</p>                                                                                                                                         |                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>To whom: _____</p> <p>شکایت کس سے کی / شکایت کنہن وٹ کنی</p>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Write outcome/result of that complaint (Use Additional sheet if required).</p> <p>بڈاوتوہان جی شکایت جو نتیجو چانکتو لکھیں کہ آپ کی شکایت کا کیا نتیجہ نکلا (اگر ضرورت ہو تو اضافی کاغذ استعمال کریں)۔</p> <p>(جیکڈھن ضروری ہجی تہ اضافی پنو لکائی سگھو تا)</p> |                                                                                                                                          |
| <p><b>SECTION 3</b></p> <p>پاگو 3 / تیرا حصہ</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p><b>COMPLAINT INFORMATION</b></p> <p>شکایت کے کوائف</p> <p>شکایت بابت معلومات</p>                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                          |
| <p><b>Complaint against whom</b> (Kindly tick the relevant Box &amp; fill the relevant information against that box)</p> <p>شکایت کس کے خلاف کی ہے؟ (براہ مہربانی متعلقہ خانے میں نشان لگائیں اور اس کے سامنے تفصیل لکھیں)</p> <p>شکایت کنہن جی خلاف آھی (لاگاپیل خانی تی تیک جو نشان لگایو ہے ان جی سامہون ضروری تفصیل لکو)</p>                |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
| <p>A <input type="checkbox"/> Healthcare Service Provider (HCSP) / طبی عملی جا فرد / طبی عملے کا فرد</p> <p>B <input type="checkbox"/> Healthcare Establishment (HCE) / صحت مرکز / اسپتال / صحت سہولتون فراہم کنندہ ادارو</p> <p>C <input type="checkbox"/> Patient or his/her carers (HCP) / مریض یا سندن تیماردار / مریض یا اسکے تیماردار</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
| <p><b>A. Healthcare Service Provider</b> (Include details and use extra paper sheets if required)</p> <p>اسپتال / صحت مرکز کا عملہ (ڈاکٹر / نرس / طبی عملہ) (واقعی کی تفصیل لکھیں، ضرورت ہو تو علیحدہ کاغذ استعمال کریں)</p> <p>اسپتال / صحت مرکز (ڈاکٹر / نرس / طبی عملی) (تفصیل لکو ۽ ضروری ہجی اضافی شیت لگایو)</p>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
| <p><b>Name of service provider:</b></p> <p>طبی عملے کے رکن (ڈاکٹر / نرس / دیگر طبی عملہ) کا نام:</p> <p>طبی عملی جو رکن (ڈاکٹر / نرس / طبی عملی جو نالو)</p>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
| <p><b>Registration Number:</b></p> <p>رجسٹریشن نمبر: / رجسٹریشن نمبر:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
| <p><b>Name of Organization/Hospital/ Centre/Individual Owner:</b></p> <p>ادارے / اسپتال / مرکز انفرادی / طور پر مالک کا نام:</p> <p>اداری / اسپتال / سینٹر / انفرادی مالک جو نالو:</p>                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
| <p><b>Type of service provider</b></p> <p>طبی عملے کے فرد کی نوعیت</p> <p>صحت جون خدمتون فراہم کنندہ جو عہدو</p>                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Doctor<br>ڈاکٹر<br>ڈاکٹر                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Nurse<br>نرس<br>نرس                                                                                             |
| <p>Telephone number</p> <p>ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Landline</p> <p>لینڈ لائن / لینڈ لائن</p>                                                                                                                                                                                                                       | <p>Mobile</p> <p>موبائل / موبائل</p>                                                                                                     |
| <p><b>Address</b></p> <p>پتا / ایڈریس</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |
| <p><b>B. Healthcare Establishment</b> (Include as much as details possible)</p> <p>اسپتال / صحت مرکز (جتنی زیادہ تفصیل ممکن ہو لکھیں) /</p> <p>صحت جون سہولتون فراہم کنندہ ادارو (جیتریقدر ممکن ہجی تفصیل جاتایو)</p>                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                          |





|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name of Manager/Administrator:</b><br>مئنيجر / ايڈمنسٹريٽر کا نام: - مئنيجر / ايڈمنسٹريٽر جو نالو:                                                                                                    |                                                                                 |                                                                                     |
| <b>Name of Organization/Hospital/ Centre/Individual Owner:</b><br>ادارے / اسپتال / مرکز / فرد واحد مالک کا نام: - اداري / اسپتال / سينٽر / انفرادي مالک جو نالو:                                         |                                                                                 |                                                                                     |
| <b>Type of Healthcare Establishment</b><br>اسپتال / صحت مرکز کی نوعیت<br>صحت جون سہولتون فراہم کنندہ اداري جي نوعیت                                                                                      | <b>Specify:</b><br>وضاحت کریں:<br>وضاحت کریو                                    |                                                                                     |
| <b>Telephone number</b><br>ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر                                                                                                                                                 | <b>Landline</b><br>لینڈ لائن / لینڈ لائن                                        | <b>Mobile</b><br>موبائل / موبائل                                                    |
| <b>Address</b><br>پتا / ایڈریس                                                                                                                                                                           |                                                                                 |                                                                                     |
| <b>C. Patients or his/her carers (include as much as possible)</b><br>مریض یا اس کے تیار دار کا نام (جتنی تفصیل لکھنی ممکن ہو لکھیں)<br>مریض یا سندن تیمار دار جو نالو (جیتريقدر ممکن هجي تفصیل جاناڻيو) |                                                                                 |                                                                                     |
| <b>Patient Name:</b><br>مریض کا نام<br>مریض جو نالو                                                                                                                                                      |                                                                                 |                                                                                     |
| <b>CNIC Number:</b><br>قومی شناختی کارڈ نمبر<br>قومی شناختی کارڈ نمبر                                                                                                                                    |                                                                                 |                                                                                     |
| <b>Unit/Ward of Patient</b><br>مریض کا یونٹ / وارڈ<br>مریض جو یونٹ / وارڈ                                                                                                                                |                                                                                 |                                                                                     |
| <b>Telephone number</b><br>ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر                                                                                                                                                 | <b>Landline</b><br>لینڈ لائن / لینڈ لائن                                        | <b>Mobile</b><br>موبائل / موبائل                                                    |
| <b>Address</b><br>پتا / ایڈریس                                                                                                                                                                           |                                                                                 |                                                                                     |
| <b>SECTION 4 MY COMPLAINT</b><br>پاڻڻو 4 / چوتھا حصہ<br>میری شکایت<br>منہجی شکایت                                                                                                                        |                                                                                 |                                                                                     |
| <b>a) Type of Complaint (tick the relevant box(s))</b><br>(الف) شکایت کی نوعیت (متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)<br>(الف) شکایت جي نوعیت (مہربانی کری جاڻايل خاني ۾ نشان لڳايو)                              |                                                                                 |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Harassment /Violence<br>ہراسمنٹ / تشدد<br>ہراسمنٹ / تشدد                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Damage of property<br>املاک کا نقصان<br>املاک جو نقصان | <input type="checkbox"/> Others (Specify)<br>دیگر (تفصیل لکھیں)<br>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 بتانا 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 جاتا ہو۔ اہو وڈیک مددگار تیندو تھوڑو واقعوں کو؟ کڈھن تھو ۽ ان ۾ کیر ملوث هو۔ جیکڈھن توہان کی وڈیک جاء گھرجی تہ اضافی شیت شکایت فارم جي پٺيان لڳايو۔ مہربانی کریں جیکي بہ لاڳاپيل 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 توہان جي خاص درخواست کھڙي آهي؟

### SECTION 5

### AUTHORITY

پانچواں حصہ / پاڻڻو 5

اختیار / اختيار

The SHCC is required to give the information about the name of the complainant and nature of your complaint to the HCE/HCSF/Patient / patient Carer 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 گھریل ہوندي آهي، توڙي جو مخصوص حالتن ۾ کمیشن اها معلومات پوشيدہ رکي سگھي ٿي۔ جیکڈھن ان جا کي مناسب سبب هجن۔ جیکڈھن توہان کی پنهنجي نالي ۽ / یا شکایت جي پڌرائي تي کا گنتي هجي تہ هيئن ان جا سبب جاتا ہوں





# SINDH HEALTHCARE COMMISSION

## Quality Care for All

### 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 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 سندھ 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، هن ۽ جو راضيو سنڌ 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 شکایت درج کر رہا / رہی ہوں اور سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کو اختیار دے رہا / رہی ہوں کہ شکایت سے متعلق ضروری کارروائی کے لیے میرے ذاتی کوائف کی جانچ کر سکتا ہے۔

آئون شڪايت ڪريان ٿو / ٿي ۽ ايس ايس سي سي کي اختيار ڏيان ٿو / ٿي ته هن شڪايت جي ٻڌڻي ۽ لاءِ منهنجي شخصي تفصيل تائين رسائي حاصل ڪري ۽ ان جو جائزو وٺي.

Signature \_\_\_\_\_

Thumb Impression \_\_\_\_\_

دستخط / صحيح

اڱوڻي جو نشان / اڱوڻي 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۔

مٽي جائيل سموري معلومات منهنجي جان مطابق سچي ۽ درست آهي

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

دستخط / صحيح

تاریخ / تاریخ

Thumb Impression \_\_\_\_\_

اڱوڻي جو نشان / اڱوڻي کان نشان





# SINDH HEALTHCARE COMMISSION

## Quality Care for All

### Before sending this form, kindly check that you have:

- فارم بھیجنے سے پہلے براہ مہربانی جانچ کر لیں کہ آپ نے: / ہی فارم موصول کان اگ 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 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 جائنای آہن جنہن بابت توہان شکایت کئی آہی
- ☐ Clearly identified your concern.
- اپنی تشویش واضح طور پر لکھ دی ہے۔ / پنہنجی تشویش واضح طور لکھ دی آہی
- ☐ 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 6: 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 اے سی ۶ پین لاگاپیل دستاویز جا نقل شامل کیا آہن (مہربانی کری اصل دستاویز نہ لاگاپیو)
- ☐ 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 ذمہ داری قبول کئی ہجی تہ فراہم کیل معلومات درست آہی)

### Please send complaint and supporting information to:

مہربانی کری شکایت ۶ لاگاپیل دستاویز ہن ایڈریس تی موکلیو / براہ مہربانی اپنی شکایت اور متعلقہ معاون دستاویزات اس پتے پر بھیجیں:

The Chief Executive Officer (CEO)

Sindh Healthcare Commission

Address: 2nd Floor, Block C,

Finance Trade Center (FTC), Shahrah-e-Faisal, Karachi.

For online submission of complaint form, Go to SHCC Web page: [www.shcc.org.pk](http://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 of 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۔



