



Healthcare Service provider Complaint Form

صحت جون سهولتون فراهم ڪندڙ لاءِ شڪايت فارم / صحت کي سهوليات فراهم ڪرڻ والے کے لیے شڪايت 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 هيلٿ ڪيئر ڪميشن

هي ڪميشن، سندھ هيلٿ ڪيئر ڪميشن (ايس ايڇ سي سي) ايڪٽ 2013ء کي تحت قائم ڪيا ويا آهن جن جو مقصد صوبو سندھ ۾ سرڪاري اور نجی اسپتالون ۾ صحت کي خدمات اور معيار کو قانون کے دائرے میں لانا ہے۔ ڪميشن صحت کي خدمات سے متعلق ایسی تمام شکایات پر کاروائی ڪرڻ کي مجاز ہے جو علاج معالجے کے انتظام یا کسی مریض کی طبی نگہداشت، طبی عملے یا اسپتال / صحت مرکز کے پیشہ ورانه طرز عمل اور عوام کی صحت اور سلامتی کو لاحق خطرات کے اندیشوں کے بارے میں ہو۔

شڪايت درج ڪرڻ کي طريقي

ڪوئي به شخص یا اس کا قانونی نمائندہ سندھ هيلٿ ڪيئر ڪميشن میں شڪايت درج ڪر سکتا ہے۔

شڪايت لازمی طور پر تحریری شکل میں اس فارم پر درج ہونی چاہیے۔ شڪايت سے متعلق تمام تفصیلات شامل کرنا اور اگر کوئی دستاویز موجود ہو تو انہیں منسلک کرنا ضروری ہے۔

شڪايت پہلے کہاں درج ڪرائی جائے

متاثرہ شخص یا اس کے قانونی نمائندہ

کو واقعہ پیش آنے کے بعد 30 دن کے اندر پہلے متعلقہ

اسپتال / صحت مرکز میں شڪايت درج ڪرائی چاہیے۔ سندھ

هيلٿ ڪيئر ڪميشن میں شڪايت صرف اس وقت درج ڪرائی جائے جب متعلقہ اسپتال / صحت مرکز مسئلہ حل ڪرڻ میں ناڪام رہے۔

شڪايت درج ڪرڻ میں مدد

اگر آپ کو شڪايت لکھنے میں مشكل ہو سندھ هيلٿ ڪيئر ڪميشن کی

هیلپ لائن سے اس نمبر پر رابطہ کریں: 0800 07422

شڪايت کا طریقہ کار

سندھ هيلٿ ڪيئر ڪميشن میں شڪايت درج ڪرڻ کے بعد شڪايت

ڪنندہ کو ڪميشن کی طرف سے وصولی کی رسید دی جائے گی۔

ڪميشن میں شڪايت کا جائزہ لیا جاتا ہے اور اگر شڪايت تحقیقات

ڪیلئے قبول ڪرئی جائے تو شڪايت ڪنندہ کو اطلاع دی جاتی ہے

کہ تفتیشی ٹیم کے سامنے حقائق پیش ڪرے۔ ہر شڪايت کی

تفتیش، شڪايت کی نوعیت کو سامنے رکھ کر ڪی جاتی ہے اور فیصلے

سے تحریری طور پر مطلع کیا جاتا ہے۔

فیصلے کے خلاف اپیل

شڪايت ڪنندہ کو حق ہے کہ ڪميشن کے فیصلے کے خلاف 30 دن

کے اندر ڈسٽرڪٽ / سیشن جج کی عدالت میں اپیل ڪرے۔

سندھ هيلٿ ڪيئر ڪميشن

سندھ هيلٿ ڪيئر ڪميشن (ايس ايڇ سي سي) ايڪٽ 2013ء تحت ايس ايڇ سي سي جو قيام عمل ۾ آيو. هيءُ خود مختيار ڪميشن سندھ صوبي ۾ نجي توڙي سرڪاري ٻنهي سيڪٽرن ۾ صحت جون سهولتون فراهم ڪرڻ بابت ضابطن ۽ انهن جي معيار تي نظر رکندي. ايس ايڇ سي سي اهڙيون شڪايتون ٻڌندي جيڪي ڪلينيڪل انتظام يا مريضن جي سار سنڀال ۾ رنڊڪ، صحت جون سهولتون فراهم ڪندڙ شخص/ اداري جي پروفیشنل رويي ۽ صحت جي سلامتي خطرن ۽ ٻي لاحق جي تحفظ بابت هونديون.

شڪايت داخل ڪرڻ جو طريقو

صحت جون سهولتون (ايس ايڇ 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.

شڪايت 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 ايڇ سي سي وٽ شڪايت رڳو ان صورت ۾ ڪري سگهجي ٿي جڏهن لاڳاپيل اسپتال/صحت مرڪز پهرئين مرحلي ۾ ان کي حل ڪرڻ ۾ ناڪام رهيا هجن.

شڪايت داخل ڪرڻ جي لاءِ مدد

جيڪڏهن توهان کي شڪايت لکڻ ۾ ڏکيائي پيش اچي ته ايس ايڇ سي سي جي هيلپ لائن سان هن نمبر 0800 07422 تي رابطو ڪري سگهجي ٿو.

شڪايت جو مرحلو

جڏهن ڪا به شڪايت داخل ڪئي ويندي ته شڪايت ڪندڙ کي ايس ايڇ سي سي ان جي وصولي جي رسيد ڏيندي. شڪايت جو مڪمل جائزو ورتو ويندو ۽ جيڪڏهن ڇاڇ لائق هوندي ته ايس ايڇ سي سي شڪايت ڪندڙ کي آگاه ڪندي ته ڇاڇ ٿيڻ جي آڏو حقيقتون پيش ڪيون وڃن. هر شڪايت جي ڇاڇ 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 پهريون / پهلا حصو

PERSONAL INFORMATION OF COMPLAINANT

شكايت ڪندڙ جي ذاتي ڪوائف

شكايت ڪرڻ واري جي ذاتي ڄاڻ

A. Personal details

ذاتي تفصيل / ذاتي تفصيلات

Title (Tick the relevant Box)	☐ Mr. جناب / جناب	☐ Mrs. محترم / محترم	☐ Ms. آنسو / محترم	☐ Other ديگر (وضاحت ڪريو) / ٻيو (وضاحت ڪندا)
First & Last Name of Complainant	شكايت ڪندڙ جو نالو			
Father's/Husband's Name	والد / شوهر کانام - والد / مڙس جو نالو			
CNIC Number	شكايت ڪندڙ جو شناختي ڪارڊ نمبر		Name of HCE	Unit Ward of Posting/Practice
			انچي سي اي کانام	پوسٽنگ / پريڪٽس ڪايونٽ وارڊ

B. Contact details

رابطي جي تفصيل / رابطي جو تفصيل

Current residential address	موجوده رهائشي پتو / موجوده رهائشي ايڊريس		
Write postal address (if different from residential address)	ڏاکڻا پتو لکي (اگر رهائشي پتو سے مختلف هو) / تپال جو پتو (جيڪڏهن رهائشي پتو کان مختلف هجي)		
Email address (If any)	اي ميل پتو (اگر هو) / اي ميل ايڊريس (جيڪڏهن هجي ته)		
Telephone number	Landline لفٽن لائن / لينڊ لائن	Mobile موبائل / موبائل	
Preferred contact method	☐ Telephone رابطي ڪا ترقيي طريقو / رابطي جو ترجي طريقو	☐ Mobile موبائل / موبائل	☐ Letter خط / خط
			☐ Email اي ميل / اي ميل

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

اگر آپ شكايت ڪندڙ جي طرف سے شكايت درج ڪر رهيا آهيو ته هيٺ ڏنل خانن کي پوري نه ته سوال نمبر 2 تي وڃو.

جيڪڏهن توهان شكايت ڪندڙ طرفان شكايت داخل ڪرائي رهيا آهيو ته هيٺ ڏنل خانن کي پوري نه ته سوال نمبر 2 تي وڃو.

Title (Tick the relevant Box)	☐ Mr. جناب / جناب	☐ Mrs. محترم / محترم	☐ Ms. آنسو / محترم	☐ Other ديگر (وضاحت ڪريو) / ٻيو (وضاحت ڪندا)
First & Last Name of Person	فرد کانام / فرد جو نالو			
Father's/Husband's Name	والد / شوهر کانام - والد / مڙس جو نالو			
Current residential address	گهر جي تازي ايڊريس			





Current residential address موجودہ رہائشی پتہ / موجودہ رہائشی پتہ					
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			
Your Relationship with the aggrieved HCSP (Tick Relevant Box) متاثرہ HCSP سے آپ کا کیا رشتہ ہے (متعلقہ خانے میں نشان لگائیں) جنہیں شخص جو علاج تیار ان سان توہان جو تعلق کھڑو آہی؟ (ذیل خانہ میں نشان لگائیو)	☐ Parent والدین / والدین	☐ Guardian سرپرست / سرپرست	☐ Spouse شوہر / بیوی / مڑس / زال	☐ Friend دوست / دوست	☐ Other (Please Specify) دیگر (وضاحت کریں) پیو (وضاحت کنڈا)
Is this person deceased? کیا اس شخص کا انتقال ہو چکا ہے؟ چاہو شخص فوت ٿی چکو آہی؟	☐ Yes If "Yes" attach the death certificate ہاں (اگر ہاں تو موت کے سرٹیفکیٹ کی نقل لگائیں) ہا (جیکڈھن 'ہا' تو موت جی سرٹیفکیٹ جی کاپی لگائیو)		☐ No If "No" go to the next section نہیں (اگر 'نہیں' تو آگلا سوال دیکھیں) نہ (جیکڈھن 'نہ' تو آگلیوں سوال دسو)		
SECTION 2 پاگو 2 / دوسرا حصہ	FIRST POINT OF COMPLAINT شکایت درج کرانے کی پہلی جگہ شکایت داخل کرن جو پھریوں 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 ان اسپتال / صحت مرکز میں داخل کرائی ہتی جتی اهو واقعہ پیش آیو؟	☐ Yes ہا / ہاں		☐ No (if "No" then go to next question) نہیں (اگر 'نہیں' تو آگلا سوال دیکھیں) نہ (جیکڈھن 'نہ' تو آگلیوں سوال دسو)		
	If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دہی کریں: جیکڈھن ہا تو پوء تاریخ جاتائیو / 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)۔ ہڈایوت توہان جی شکایت جو کھڑو نتیجہ نکلو (جیکڈھن ضروری ہجی تو اضافی شیت لگائیو سگھوٹا)				
Did you lodge your complaint with any other agency? کیا آپ نے اپنی شکایت کسی اور ایجنسی / فورم پر جمع کرائی ہے؟ چا توہان کنہن ہٹی فورم / ایجنسی وٹ شکایت داخل کئی ہتی؟	☐ Yes ہا / ہاں		☐ No (if "No" then go to next question) نہیں (اگر 'نہیں' تو آگلا سوال دیکھیں) نہ (جیکڈھن 'نہ' تو آگلیوں سوال دسو)		
	If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دہی کریں: جیکڈھن ہا تو پوء تاریخ جاتائیو / 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 سان کئی؟				



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؟ جان کان اگ توہان ایس ایچ سی سی وٹ بد شکایت داخل کری چکا آہیو؟	☐ Yes ہا / ہاں	☐ 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: جیکڈھن ہا تہ پوے تاریخ جائیو / 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)۔ لکوت توہان جی شکایت جو نتیجو چا نکتو؟ (جیکڈھن ضروری ہجی تہ اضافی شیت لگاٹی سگھو تا)		

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 ٹک جو نشان لگایو ۽ ان جی سامہون ضروری تفصیل لکو)

A ☐ Healthcare Service Provider (HCSP) / Co-worker

طبی عملی جو فرد / طبی عملے کا فرد

B ☐ Healthcare Establishment (HCE)

اسپتال/صحت مرکز / صحت مرکز/اسپتال

C ☐ Patient / Patient Carer

Name of Patient / Patient Carer

مریض جی تمیادار جو نالو / مریض/مریض کے تیماردار کا نام

Contact #.

رابطو / رابطہ

CNIC

شناختی کارڈ جو نمبر / شناختی کارڈ نمبر

Address

ایڈریس / پتا

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

صحت جون خدمتون فراہم کنندہ (تفصیل لکو ۽ 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

☐ Doctor

☐ Nurse

☐ Dentist

☐ Other(Please specify)

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

ڈاکٹر
ڈاکٹر

نرس
نرس

دانتوں کا ڈاکٹر
ڈنڈن جو ڈاکٹر

دیگر (وضاحت کریں)
بیو (وضاحت کریں)

Telephone number

ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر

Landline

لینڈ لائن / لینڈ لائن

Mobile

موبائل / موبائل

Address

پتا / ایڈریس

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

صحت جون سہولتون فراہم کنندہ ادارو (جیتری قدر ممکن ہجی تفصیل جائیو) / صحت مرکز (جتنی زیادہ تفصیل ممکن ہو لکھیں) / اسپتال

Name of Manager/Administrator:

مئنيجر/اتہ منسٹریٹر جو نالو: - ایڈمنسٹریٹر کا نام: / مئنيجر

Name of Organization/Hospital/ Centre/Individual Owner:

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





Type of Healthcare Establishment اسپتال / صحت مرکز کی نوعیت صحت جون سہولتون فراہم کنندہ اداري جي نوعیت	Specify: وضاحت کریں: وضاحت کریو	
Telephone number ٹیلی فون نمبر / تیلیفون نمبر	Landline لینڈ لائن / لینڈ لائن	Mobile موبائل / موبائل
Address پتہ ایڈریس		

SECTION 4 پاڻڱو 4 / چو تھاصہ	MY COMPLAINT 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 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۔

(الف) مہربانی کری شکایت جو مختصر تفصیل جاتا ہو۔ اہو وڈیک مددگار تیندو تھو و افو تھو و کڈھن تھو ۽ ان ۾ کیر ملوث ہو۔ جیکڈھن توہان کی وڈیک جاء گہرجی تاضافی شیت شکایت فارم جي پٺيان لڳايو۔ مہربانی کری جیکي بلا ڳاپيل دستاویز هجن سي لڳايو۔

b) Nature of harm experienced by the HCSP
(Kindly tick the relevant box(s))

صحت کی خدمات فراہم کرنے والے کارکن کو پہنچنے والے نقصان کی نوعیت (براہ مہربانی متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)

(ب) مریض / خدمت حاصل کنندہ کی علاج کان پھچندہ نقصان جي نوعیت (مہربانی کری جاتا ہیل خانی 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 / جسمر جي ڪنهن حصي پر نقص خرابي / یا دماغ جو ڪم نہ ڪرڻ



- ☐ Extreme physical pain / جسم میں شدید درد / جسم پر سخت سوز
- ☐ Protracted and obvious disfigurement / دیر تک رہنے والی واضح خرابی جو جسم بگاڑ دے / دیر تاہیں رہنے والی ظاہری خرابی جیسا کہ جسم کی خراب کڑی چڈی
- ☐ Physical Assault / جسمانی حملو / جسمانی حملہ
- ☐ Fraud/Forgery / دستاویزات میں ہیرا پھیری کرنا / دھوکہ دہی / دھوکہ دہی / دھوکہ دہی
- ☐ Harassment/Violence / ہراساں کرنا / تشدد کرنا
- ☐ Damage to Property / ملکیت / جائیداد کی نقصان پہنچنا / جائیداد کو نقصان پہنچانا
- ☐ Administration/Financial Loss/Job Loss / مالی نقصان / ملازمت جو ختم ٹی وچن / مالی نقصان / ملازمت کا ختم ہونا
- ☐ 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 ڪم 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 انديشو هجي / جسم کي ڪي حڪم ڪا اس طرح زخمي هونا جس سے موت کا اندیشہ ہو

- ☐ Permanent loss of bodily function / جسم مستقل طور پر مفقود ہونا

- ☐ Other(Specify): _____

بیو (وضاحت کریو) / دیگر (وضاحت کریں)

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 / پاڳو 5

اختیار / اختیار

The SHCC is required to give the information about the name of the complainant and nature of your complaint the HCSP/ HCE, Patient/Patientcarer 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۔

ايس ايج سي سي کي صحت جون خدمتون فراهم ڪندڙ/ مريض جي نالي ۽ شڪايت بابت معلومات گهربل هوندي آهي، توڙي جو مخصوص حالتن ۾ ڪميشن اها معلومات پوڻيڊه رکي سگهي ٿي. جيڪڏهن ان ڇاڻي مناسب سبب هجن. جيڪڏهن توهان کي پنهنجي نالي ۽/ يا شڪايت جي پٿرائي ۽ تي ڪا گهٽي هجي ته هيٺ ان جا سبب ڄاڻايو

SECTION 6

ACCESSING HEALTH INFORMATION

چھٹا حصہ / یاگو 6

صحت بابت معلومات تائیں رسائی / صحت سے متعلق معلومات تک رسائی

It will assist the SHCC to have the consent of the aggrieved HCSP so that the SHCC can collect the required information to assess the complaint.

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

متاثرہ HCSP 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 مائیں درج ہیں ان میں جس کا آبِ یَر اطلاق ہوتا ہے وہ منتخب کریں)۔

ان سلسلي ۾ صحت جون سهولتون فراهم ڪندڙ اداري جي مالڪ جو راضيو ايس ايڇ سي سي لاءِ مددگار ثابت ٿيندو ته جيئن ڪميشن توهان جي شڪايت بابت گهريل معلومات گڏ ۽ پسڻي



ڪرڻ ۾ آساني ٿئي.

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

(الف) میں سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن میں شکایت 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 میری ذاتی معلومات حاصل کر سکتا ہے۔
(الف) آئون شکایت کریاں تو/ ٿي ۽ ایس ایچ سی سی کی اختیار ڏيان تو/ ٿي ته هن شکایت جي ٻڌڻي ۽ لاءِ منهنجي شخصي تفصيل تائين رسائي حاصل ڪري ۽ ان جو جائزو وٺي.
معاملات

Signature _____

Thumb Impression _____

صحيح / دستخط

اڱوڻي جو نشان / اڱوڻي کان نشان

B. ☐ I am the next-of-kin/ guardian of the person HCSP aggrieved and authorize the SHCC to access his/her personal information for the purpose of handling this complaint.

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

Signature _____

Thumb Impression _____

صحيح / دستخط

اڱوڻي جو نشان / اڱوڻي 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 شکایت 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 for 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 شکایت درج کر رہا / رہی ہے 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 (شکایت ڪندڙ جو نالو) _____ منهنجي طرفان هن علاج جي باري ۾ شکایت داخل ڪرائي رهيو / رهي آهي جيڪو مون کي فراهم ڪيو ويو ۽ سنڌ هيلٿ ڪيئر ڪميشن کي هي اختيار ڏيان تو/ ٿي ته جيڪڏهن ضرورت هجي ته هن شکایت تي کارروائي جي لحاظ کان منهنجي ذاتي معلومات تائين پهچ حاصل ڪري.

Signature _____

Thumb Impression _____

صحيح / دستخط

اڱوڻي جو نشان / اڱوڻي کان نشان

۽/ يا - يا / اور - and / or

☐ I authorize SHCC to speak the complainant about the my complaint.

میں سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن کو اختیار دیتا / دیتی ہوں کہ وہ میری شکایت کے بارے میں شکایت کنندہ سے گفتگو کرے۔
مان سنڌ ڪيئر ڪميشن کي هي اختيار ڏيان تو/ ٿي ته اهو مون کي فراهم ڪيل علاج جي باري ۾ شکایت ڪندڙ سان ڳالهائي.

Signature _____

Thumb Impression _____





دستخط / صحیح		اگونی جو نشان / اگونی کا 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 جاناہیل سموری معلومات منہجی جان مطابق سچی ۽ درست آھی			
Signature دستخط / صحیح	Thumb Impression اگونی جو نشان / اگونی کا نشان	Date 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 موکل کان اگ پر مہربانی کری چیک کریو تہوہان: ☐ Included as much as relevant information as possible. جس قدر معلومات ممکن ہیں وہ لکھ دی گئی ہیں۔ / ہر ممکن طور تي گہریل معلومات وڈ کان وڈ جاناہی آھی ☐ Given details of HCSP/ HCE /patient / patient carer 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 جاناہی آھن جنہن بابت توہان شکایت کئی آھی ☐ Clearly identified your concern. اپنی تشویش واضح طور پر لکھ دی ہے۔ / پنہنجی تشویش واضح طور لکھی ڈنی آھی ☐ Answered Section 5: Authority and Section 6: Accessing Health Information. پانچویں حصے، اختیار، اور چھ حصے، صحت کی معلومات تک رسائی کا جواب دے دیا ہے۔ / یاگئی 5: اختیار، صحت بابت معلومات تائین رسائی کا 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 اے سی ۽ بین الاقابیل دستاویز جا نقل شامل کیا آھن (مہربانی کری اصل دستاویز نہ لگاویو) ☐ 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 آھی) Please send complaint and supporting information to: مہربانی کری شکایت ۽ لاگابیل دستاویز ہن ایڈریس تي 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			
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 آھی۔ اھڑی صورت پر ان شخص تي -/ 200,000 روپین تائین ڈنڈ وجھی سگھجی تو۔			





Privacy Statement:

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

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن آپ کی معلومات کسی بھی تیسری پارٹی کو فراہم نہیں کرے گا جب تک کہ یہ شکایت کو حل کرنے کے لئے ضروری ہو۔
رازداریء بابت بیان:

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن توہان جی معلومات کنہن بہ تئیں ڈر کی فراہم نہ کندی جیستائیں اہا شکایت جی حل لاء ضروری نہ ہجی۔

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/W/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 / محترمہ _____ پتہ / ذیہ _____ شکایت داخل کئی آہی۔

The SHCC will update you regarding actions on your complaint.

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

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

Assistant / اسسٹنٹ / اسسٹنٹ

Directorate of Complaint / ڈائریکٹوریٹ 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.: شکایت حوالہ نمبر / شکایت کا حوالہ نمبر:			Date: تاریخ / تاریخ:
Type of Complaint: شکایت جی نوعیت / شکایت کی نوعیت	☐ Service Provider طبی عملو / طبی عملہ		☐ Health Establishment اسپتال / صحت مرکز / صحت مرکز / اسپتال
Category of Complaint: شکایت جو قسم / شکایت کی قسم	☐ Managerial انتظامیہ بابت / انتظامیہ سے متعلق	☐ Treatment علاج بابت / علاج سے متعلق	☐ Behaviour رویہ بابت / رویے سے متعلق
Complaint lodged: شکایت کس طرح کی گئی / درخواست داخل کئی	☐ Online آن لائن / آن لائن	☐ In writing لکتہ پر / تحریری طور پر	☐ In person ذاتی طور پر پیش تھی / ذاتی طور پر

Notes: / نوٹس / نوٹس

