

مریض لاء 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 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 کاروائی 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 کرا 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 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 بغیر 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 معیار کو قانون کے دائرے میں لانا ہے۔ کمیشن صحت کی خدمات سے متعلق ایسی تمام شکایات پر کاروائی 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 کرکے جو طریقہ کار

جو کوہ شخص یا سندن قانونی نمائندو ایچ نی سی ہر شکایت داخل کری سگھی تو۔ شکایت لازمی طور تي فارم تي لکت پر هجڻ گهرجي. اهو وڌيڪ ضروري آهي تہ لاڳاپيل معلومات ۽ اضافي دستاويز به هن فارم سان گڏ هجن.

شکایت داخل کرکے جو پھريون نقطو

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

شکایت داخل کرکے جي لاءِ مدد

جيڪڏهن توهان کي شکایت لکڻ ۾ ڏکيائي پيش اچي تہ ايس ايج سي سي جي هيلپ لائن هن نمبر 0800 07422 تي رابطو ڪري سگهجي ٿو.

شکایت جو مرحلا

جڏهن ڪا به شکایت داخل ڪئي ويندي تہ شکایت ڪندڙ کي ايس ايج سي سي ان جي وصولي جي رسيد ڏيندي. شکایت جو مڪمل جائزو ورتو ويندو ۽ جيڪڏهن ڇاڇ لائق هوندي تہ ايس ايج سي سي شکایت ڪندڙ کي آگاه ڪندي تہ ڇاڇ ٿيم جي آڏو حقيقتون پيش ڪيون وڃن. هر شکایت جي ڇاڇ کيس جي نوعيت مطابق ڪئي ويندي ۽ فيصلي کان لکت ۾ آگاه ڪيو ويندو.

فيصلي خلاف اپيل

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



SECTION 1 پاگو پھریوں / پہلا حصہ		PERSONAL INFORMATION OF COMPLAINANT شکایت کنندہ کے ذاتی کوائف شکایت کرنے والی جی ذاتی جان			
A. Personal details ذاتی تفصیل / ذاتی تفصیلات					
Title (Tick the relevant Box) تعارف (متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)۔ تعارف (جائیداد خانہ پر نشان لگایو)۔	☐ Mr. جناب / محترم	☐ Mrs. محترمہ / محترمہ	☐ Ms. آنہ / محترمہ	☐ Other دیگر (وضاحت کریں) / بیو (وضاحت کنڈا)	
First & Last Name of Complainant شکایت کنندہ کا نام شکایت کنندہ جو نالو (جیکڈھن مالک کانسواہ کو بیو جی)					
Father's/Husband's Name والد / شوہر کا نام - والد / مڑس جو نالو					
CNIC Number شکایت کنندہ کا قومی شناختی کارڈ نمبر شکایت کنندہ جو قومی شناختی کارڈ نمبر					
B. Contact details رابطے کی تفصیل / رابطی جا تفصیل					
Current residential address موجودہ رہائشی پتا / موجودہ رہائشی ایڈریس					
Write postal address (if different from residential address) ڈاک پتہ لکھیں (اگر رہائشی پتے سے مختلف ہو) پتہ جی ایڈریس (جیکڈھن رہائشی پتے کان مختلف جی)					
Email address (If any) ای میل پتا (اگر ہو) / ای میل ایڈریس (جیکڈھن جی تہ)					
Telephone number ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر		Landline لنڈ لائن / لینڈ لائن		Mobile موبائل / موبائل	
Preferred contact method رابطے کا ترجیحی طریقہ / رابطی جو ترجیحی طریقہ کار		☐ Telephone ٹیلی فون / ٹیلی فون	☐ Mobile موبائل / موبائل	☐ Letter خط / خط	☐ 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 رہیا آھیو تہیٹ ڈنل خانہ کی پریو نہ سوال نمبر 2 تی وجو۔					
Title (Tick the relevant Box) تعارف (متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)۔ تعارف (ڈنل خانہ پر نشان لگایو)۔	☐ Mr. جناب / محترم	☐ Mrs. محترمہ / محترمہ	☐ Ms. آنہ / محترمہ	☐ 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 / مڑس جو نالو					





Current residential address موجودہ رہائشی پتہ / موجودہ رہائشی ایڈریس					
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			
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) جنہیں شخص جو علاج تیار ان سان توہان جو رشتہ 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' تہ موت جی سرٹیفکیٹ جی کاپی لگائیو)		☐ No If "No" go to the next section نہیں (اگر 'نہیں' تو آگلا سوال دیکھیں) نہ (جیکڈھن 'نہ' تہ آگلیوں سوال ڈسو)		
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 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' تہ آگلیوں سوال ڈسو)		
	If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دہی کریں: جیکڈھن ہا تہ پوء تاریخ چاٹائیو / 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)۔ فیصلی / نتیجی بابت تفصیل چاٹائیو (جیکڈھن ضروری ہجی تہ اضافی پنو لگائی سگھو ٹا)				
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 بئی 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' تہ آگلیوں سوال ڈسو)		
	If yes, mention date. / اگر ہاں تو تاریخ کی نشان دہی کریں: جیکڈھن ہا تہ پوء تاریخ چاٹائیو / 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 کئی				



SINDH HEALTHCARE COMMISSION

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 ہجی تہ اضافی پنو لگائی سگھوٹا)	
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 بہ شکایت داخل کری چکا آہیو؟	☐ Yes ہاں	☐ No (if "No" than go to next question) نہ (جیکڈھن نہ تہ اگہون 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 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 ہجی تہ اضافی شیت لگائی سگھوٹا)		
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 کنھن جی خلاف آھی (لاگاپیل خانی تی تھ جو نشان لگایو پان جی سامھون ضروری تفصیل لکو)			
☐ A Healthcare Service Provider (HCSP) طبی عملی جا فرد / طبی عملے کا فرد		☐ B Healthcare Establishment (HCE) صحت مرکز / اسپتال / صحت مرکز / اسپتال	
A. Healthcare Service Provider (Include details and use extra paper sheets if required) صحت جون خدمتون فراہم کنندہ (تفصیل لکو پ ضروری ہجی اضافی شیت لگایو) / طبی عملے کا فرد			
Name of service provider: طبی عملی جا فرد 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 عھدو	☐ Doctor ڈاکٹر	☐ Nurse 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 / ایڈریس			





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

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

Name of Manager/Administrator:

مئنيجر/منتظم جونالو: - ایڈمنسٹریٹر کا نام: / مئنيجر

Name of Organization/Hospital/ Centre/Individual Owner:

اداري/اسپتال/سينٹر/انفرادي مالک جونالو: - فرد واحد مالک کا نام: / مرکز/اسپتال/ادارے

Type of Healthcare Establishment

Specify:

اسپتال / صحت مرکز کی نوعیت
صحت جون سہولتون فراہم کنندہ اداري جو قسم

وضاحت کریں:
وضاحت کریو

Telephone number

Landline

Mobile

ٹیلی فون نمبر / ٹیلی فون نمبر

لینڈ لائن / لینڈ لائن

موبائل / موبائل

Address

پتا

SECTION 4

MY COMPLAINT

پاڳو 4 / چو تھاحصہ

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 پنہنجی شکایت جو مختصر تفصیل جاتایو۔ اهو وڌيڪ مددگار ٿيندو ته ڇا ٿيو، ڪڏهن ٿيو ۽ ڪير ملوث آهن۔ جيڪڏهن توهان کي وڌيڪ جاء گهرجي ته اضافي پنو شکایت فارم جي پٺيان لڳايو۔ مہربانی کری 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(es))

(ب) مريض/خدمت حاصل کرنے والے کو علاج سے پہنچنے والے نقصان کی نوعیت (براہ مہربانی متعلقہ خانے میں نشان لگائیں)
(ب) مريض / کی علاج کان پہچندڙ نقصان جي نوعيت (مهرباني ڪري ڄاڻايل خاني ۾ نشان لڳايو)

- ☐ 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 / جسم کے کسی حصے میں نقص
- ☐ 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 تائین رہنے والی ظاہری خرابی جیسا کہ جسم کی خرابی چھٹی
- ☐ Impairment or temporary loss of the function of a bodily member/ organ.
جسم جي ڪنهن حصي ۾ نقص يا ڪنهن / عضوي جو ڪم نہ ڪرڻ / عضو کا کام نہ کرنا / جسم کے کسی حصے میں نقص
- ☐ 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 ٿي وڃڻ
- ☐ Other(Specify): _____
ٻيو (وضاحت ڪريو) / ڊيگر (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 / پاڻڱو 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/انچ کی ای 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 ايڇ سي سي سي جي صحت جون خدمتون فراهم ڪندڙ/ مريض جي نالي ۽ شڪايت بابت معلومات گهريل هوندي آهي، توڙي جو مخصوص حالتن ۾ ڪميشن اها معلومات پوشيده به رکي سگهي ٿي. جيڪڏهن ان جا مناسب سبب هجن. جيڪڏهن توھان کي پنهنجي نالي ۽/يا شڪايت جي پٿرائي تي ڪا ڳڻتي هجي ته هيئن ان جا سبب ڄاڻايو





SECTION 6

ACCESSING HEALTH INFORMATION

چھٹا حصہ / پاڳو 6

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

It will assist the SHCC to have the consent of the 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 سلسلے 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 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 علاج سے متعلق میری ذاتی معلومات حاصل کر سکتا ہے۔

(الف) آئون شڪايت ڪريان ٿو/ ٿي ۽ ايس ايچ 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 _____

صحيح / دستخط

اڱوڻي 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

اڱوڻي 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 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 فراہم 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

اڱوڻي جو نشان / انگوڻي کان نشان





SINDH HEALTHCARE COMMISSION

Quality Care for All

یا / یا - اور - and / or

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

مین 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 سندھ کیئر کمیشن کی اختیار ڈیان تو / تی تہو مون کی فراہم کیل علاج جی باری پر شکایت کنندہ سان گالہائی۔

Signature _____

Thumb Impression _____

دستخط / صحیح

اگونی 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۔

متی جاثایل سموری معلومات منہجی جان مطابق سچی ے درست آھی

Signature _____

Thumb

Impression

Date

دستخط / صحیح

اگونی جونشان

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 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 گھریل معلومات وڈ کان وڈ جاثائی 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 جاثایا آھن جنہن بابت تہوہان شکایت کئی آھی

☐ Clearly identified your concern.

اپنی تشویش واضح طور پر لکھ دی ہے۔ / پنہنجی تشویش کان مکمل طور تي آگاہ کیو آھی

☐ 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 ے یا گئی 6: صحت بابت معلومات تائین 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 ے پین لاگاپیل دستاویز جا نقل شامل کیا آھن (مہربانی کری اصل دستاویز نہ لگاپو)

☐ 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 ذمہ داری قبول کئی ہجی تہوہان کیل معلومات درست آھی)

Please send complaint and supporting information to:

مہربانی کری شکایت ے لاگاپیل 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





SINDH HEALTHCARE COMMISSION

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 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 کرڻ ڏوھ آھي. اھڙي صورت ۾ ان شخص تي -/ 200,000 روپين تائين ڏنڊ وجھي 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.

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
پوشیدگیء بابت بیان:

سندھ ہیلتھ کیئر کمیشن توہان جي معلومات کنہن بہ نئين ڌر کي فراہم نہ کندء جيستائين اھا شکایت جي حل لاءِ ضروري نہ ھجي.

ACKNOWLEDGEMENT SLIP

وصولی کی رسید / موٹ رسید

Complaint number:

شکایت نمبر: شکایت نمبر:

Date:

تاریخ: / تاریخ:

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

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

ایس ایچ سی سی اہا تصدیق کري ٿي تہ جناب / بیگم / محترم _____ پت / ڌيءُ _____ شکایت داخل ڪئي آھي.

The SHCC will update you regarding actions on your complaint.

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

ایس ایچ سی سی توہان جي شکایت بابت توہان کي آگاہي ڏيندي

Assistant / اسسٹنٹ / اسسٹنٹ

Directorate of Complaint / ڈائریکٹریٹ آف شکایات / ڈائریکٹریٹ آف 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 طبعی 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 ڪئی	☐ Online آن لائن / آن لائن	☐ In writing لکت ۾ / تحریر کی طور پر	☐ In person ذاتی طور پیش ٿی / ذاتی طور پر

Notes: / نوٹس / نوٹس

