



本 请填写本表格，并递交至健康与残疾服务投诉办公室，邮递地址：PO Box B61, Perth, Western Australia, 6838。表格填写时若需帮助，请致电(08) 9323 0600。

1. 接受健康或残疾服务的人员(消费者)详细资料

姓名：先生/夫人/小姐/女士/其他		
住址：		
邮编：	电邮：	
电话：(工作)	(家庭)	(手机)
出生日期 / /	性别：男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
健康服务投诉填写此栏：公费病 <input type="checkbox"/>		自费病人 <input type="checkbox"/>
自费病人 是 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>

2. 投诉人详细资料(代表他人或根据《护理人员认可法案》投诉请填写此栏)

姓名：先生/夫人/小姐/女士/其他		
住址：		
邮编：	电邮：	
电话：(工作)	(家庭)	(手机)
出生日期 / /	性别：男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
消费者是否同意第三方代表自己投诉？ 是 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>
若消费者无法表示同意，请说明原因：		
与消费者的关系(根据实际情况可勾选多项)：		
护理人员(参见背页定义) <input type="checkbox"/>	监护人 <input type="checkbox"/>	
亲属(请具体说明) <input type="checkbox"/>	其他(请具体说明) <input type="checkbox"/>	
若不是亲属，则投诉人必须签署如下声明：		
“我与投诉结果没有任何经济利益，且我的行为没有领取报酬。”		
签名：_____	日期： / /	

3. 健康或残疾服务机构详细资料

服务机构名称：	
地址：	
邮编：	电话：
服务类型：	服务提供日期： / /

4. 特殊要求。如要求安排传译员等。

5. 法定要求

除非另有合理的拖延原因，否则HaDSCO不受理对2年多以前发生事宜的投诉。若投诉已超过2年，请详细说明为何没有及早投诉。

首先，应直接向服务机构提起投诉。

是否已直接向服务机构提起此项投诉？ 是 否

若是，请提供详细情况，并附上任何相关文书。

7. 授权

法律规定，在处理有关注册健康专业人士的投诉时，HaDSCO应先与澳大利亚健康从业者监管局(AHPRA)协商。这能够判定最适合处理此类投诉的机构。HaDSCO采取其他任何措施前，必须取得相关授权。

转介授权。HaDSCO可能会将投诉副本送至服务机构要求其做出答复，或在适当情况下将此投诉转至其他组织。

“我谨授权健康与残疾服务投诉办公室主任将投诉副本送交健康或残疾服务机构和/或其他相关机构。”

签名：_____ 日期： / /

信息查阅授权 HaDSCO可能需要查阅相关医疗信息，以评估此项投诉。若接受服务的人员无法签名，则请授权代表签字(第2条)。

“我谨授权健康与残疾服务投诉办公室主任查阅有关此项投诉的信息。”

签名：_____ 日期： / /

8. 护理人员的定义

HaDSCO有关护理人员的定义：为残疾人、慢性疾病(包括精神疾病)患者或由于体弱而需要日常生活协助人士提供长期护理协助的人员。该定义不包括提供有薪护理服务的人员及志愿者。

为了此项投诉的顺利受理，请确保填写完整本表格，并签署两份授权声明。在向HaDSCO提供所有信息和授权前，HaDSCO无法开始处理投诉事项。

表格填写时若需帮助，请联系：

HaDSCO联系方式

健康与残疾服务投诉办公室(HaDSCO)
PO Box B61, Perth, Western Australia, 6838

电话：(08) 9323 0600
传真：(08) 9221 3675
免费电话：1800 813 583
电邮：mail@hadsco.wa.gov.au

网址：www.hadsco.wa.gov.au



Government of **Western Australia**
Health and Disability Services Complaints Office (HaDSCO)