



Sila lengkapkan borang ini dan kembalikan kepada Pejabat Aduan Perkhidmatan Kesihatan dan Ketakupayaan, Peti Surat B61, Perth, Australia Barat, 6838. Untuk bantuan mengenai cara melengkapkan borang ini, sila hubungi (08) 9323 0600.

## 1. Butiran orang yang menerima perkhidmatan kesihatan atau ketakupayaan (pengguna)

Nama: En/Cik/Tuan/Puan/Lain-lain			
Alamat:			
Poskod:	e-mel:		
Telefon: (kerja)	(rumah)	(mudah alih)	
Tarikh lahir: / /	Jantina: lelaki <input type="checkbox"/>	wanita <input type="checkbox"/>	
Untuk aduan perkhidmatan kesihatan: pesakit awam <input type="checkbox"/>			pesakit persendirian <input type="checkbox"/>
Sila tunjukkan di sini jika anda ingin dikenali sebagai orang Asli: Ya <input type="checkbox"/>			Tidak <input type="checkbox"/>

## 2. Butiran pengadu (jika mengadu bagi pihak seseorang atau di bawah Akta Pengenalan Penjaga)

Nama: En/Cik/Tuan/Puan/Lain-lain			
Alamat:			
Poskod:	e-mel:		
Telefon: (kerjak)	(rumah)	(mudah alih)	
Tarikh lahir:: / /	Jantina: lelaki <input type="checkbox"/>	wanita <input type="checkbox"/>	
Adakah pengguna telah memberi kebenaran untuk pihak ketiga bertindak bagi pihak mereka? Jika pengguna tidak dapat memberikan kebenaran, sila terangkan mengapa: Ya <input type="checkbox"/>			Tidak <input type="checkbox"/>
Perhubungan dengan pengguna (tandakan lebih daripada satu jika berkenaan): Penjaga (definisi di bahagian belakang halaman) <input type="checkbox"/>			Penjaga <input type="checkbox"/>
Saudara (sila nyatakan) <input type="checkbox"/>			Lain-lain (sila nyatakan) <input type="checkbox"/>
Jika bukan saudara, pengadu perlu menandatangani perisytiharan berikut: "Saya tidak mempunyai kepentingan kewangan dalam hasil aduan dan saya mengambil tindakan tanpa pembayaran."			
Tandatangan:		Tarikh: / /	

### 3. Butiran penyedia perkhidmatan kesihatan atau ketakupayaan

Nama penyedia perkhidmatan:	
Alamat:	
Poskod:	Telefon:
Jenis perkhidmatan:	Tarikh perkhidmatan diberikan::     /     /

### 4. Keperluan khas. Contohnya, memerlukan jurubahasa dan sebagainya.

---

---

---

---

### 5. Syarat-syarat berkanun

HaDSCO tidak boleh menerima aduan mengenai insiden yang berlaku lebih daripada dua tahun yang lalu melainkan terdapat sebab wajar untuk kelewatan. Jika aduan melebihi dua tahun, sila berikan butiran mengapa aduan tidak dibuat lebih awal.

---

---

---

---

---

---

Sebagai langkah permulaan, aduan perlu disampaikan secara langsung kepada penyedia perkhidmatan. Adakah aduan ini telah disampaikan secara langsung kepada penyedia perkhidmatan? Ya  Tidak

Jika ya, sila berikan butiran dan lampirkan mana-mana kertas kerja yang berkaitan. Jika aduan tidak disampaikan secara langsung kepada penyedia, sila terangkan mengapa.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 7. Kebenaran

Mengikut undang-undang, HaDSCO dikehendaki untuk berunding dengan Agensi Regulatori Pengamal Kesihatan Australia (AHPRA) apabila aduan berkaitan profesional kesihatan yang berdaftar. Ini akan menentukan agensi mana yang lebih sesuai berurusan dengan aduan tersebut. Kebenaran diperlukan sebelum HaDSCO boleh mengambil apa-apa tindakan.

**Kebenaran untuk rujukan.** HaDSCO boleh menghantar salinan aduan ini kepada penyedia untuk jawapan atau merujuk aduan ini, bila mana sesuai, kepada organisasi lain.

‘Saya membenarkan Pengarah Pejabat Aduan Perkhidmatan Kesihatan dan Ketakupayaan untuk menghantar satu salinan aduan saya kepada penyedia perkhidmatan kesihatan atau ketakupayaan dan/atau mana-mana badan berkaitan lain.’

Tandatangan:

Tarikh:            /            /

**Kebenaran untuk mengakses maklumat.** HaDSCO mungkin memerlukan akses kepada maklumat perubatan untuk menyiasat aduan ini. Jika orang yang menerima perkhidmatan ini tidak dapat menurunkan tandatangan, sila sediakan tandatangan wakil yang dibenarkan (seksyen 2).

‘Saya membenarkan Pengarah Pejabat Perkhidmatan Kesihatan dan Ketakupayaan untuk mengakses maklumat berhubung aduan ini.’

Tandatangan:

Tarikh:            /            /

## 8. Definisi penjaga

HaDSCO mendefinisikan penjaga sebagai orang yang memberikan penjagaan atau bantuan berterusan kepada orang yang mengalami ketakupayaan, penyakit kronik (termasuk penyakit mental) atau individu yang memerlukan bantuan terhadap tugas-tugas harian disebabkan oleh kelemahannya. Definisi ini mengecualikan orang yang dibayar untuk menyediakan perkhidmatan penjagaan dan mereka yang bekerja sebagai sukarelawan.

Untuk membolehkan aduan ini boleh diproses, sila pastikan borang ini telah dilengkapkan sepenuhnya dan kedua-dua pernyataan kebenaran telah ditandatangani. Siasatan tidak boleh dimulakan terhadap aduan melainkan semua maklumat dan kebenaran telah diberikan kepada HaDSCO.

Untuk bantuan melengkapkan borang ini, sila hubungi:

Health and Disability Services Complaints Office (HaDSCO)

Telefon: (08) 9323 0600

Faksimili: (08) 9221 3675

Talian percuma: 1800 813 583

e-mel: [mail@hadsco.wa.gov.au](mailto:mail@hadsco.wa.gov.au)

web: [www.hadsco.wa.gov.au](http://www.hadsco.wa.gov.au)



Government of **Western Australia**

Health and Disability Services Complaints Office (HaDSCO)