# 

# نموذج الشـــكاوى

الاسم:

عمر العميل:

*ملحوظة: إذا كان العميل تحت سن 16 سنة، فيلزم توقيع أحد الوالدين أو وصي.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| الرجاء وضع علامة : |  | أنا عميل أتلقى الخدمة |
|  |  | أنا أحد أفراد عائلة العميل، أو وصي، أو |
|  |  | أنا موظف |
|  |  | أود عدم ذكر اسمي |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **مجال الخدمة:** |  | المبيت ــ العنوان: |  |  |
|  |  | البرنامج النهاري |  | CP ، 35 بيتش ستريت، كوجاره |
|  |  |  |  | CAS ، 2 لايكوك رود، بينشرست |
|  |  | نادي القهوة |  |  |
|  |  | الخدمات العلاجية |  |  |

تاريخ الشكوى:

بيانات الاتصال:

الرجاء تزويدنا بملخص لتفاصيل شكواك:

*الرجاء إخبارنا بموضوع شكواك الرئيسي، بما في ذلك ما الأمور التي قادت إلى تقديم الشكوى، والأشخاص المتعلقين بها.*

ما الذي تريده أن يتم لحل هذه الشكوى؟

*التوقيع:*

*توقيع الوالد/ الوصي:*

***من فضلك، ارسل هذه الشكوى إلى:***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ATTN: Office Manager** |
| لهاتف: 02 9588 5433 | Sunnyhaven Disability Services |
| الفاكس: 02 9588 5066 | 35 Beach Street, Kogarah NSW 2217 |

**Sunnyhaven use only:**

Complaint manage by: Log No.

Date:

Action to be taken:  YES  NO

**Complaint Investigation**

*Describe the actions taken to follow up the concerns*

**Complaint Resolution**

*Describe the outcome of the complaint*

Investigation Response letter sent to family:  YES  NO

Please attach any supporting documentation and Response letter to this form.

Complaint closed:

By:

Date:

**Managers Only**

*Have you included this is your Monthly report – (Customer Service)*  YES  NO

# 