

ФОРМА СКАРГИ

Особа та / або відділ, на який спрямована скарга

_____ чи _____
Ім'я та прізвище члена персоналу Відділ / підрозділ

Опишіть характер скарги чи занепокоєння для усіх типів скарг. Опишіть проблему, вказуючи імена, дати та місце. Перелічіть усі факти, що є доказом у скарзі. Якщо потрібно додатковий простір, прикріпіть окремий аркуш паперу.

Яким був результат вашої розмови з членами персоналу програми щодо ваших проблем / скарг?

Якщо ви не поговорили з членами персоналу програми щодо ваших проблем / скарг, через яку причину?

Що б ви хотіли бачити для покращення ситуації? Якщо потрібно додатковий простір, прикріпіть окремий аркуш паперу.

_____ _____ _____
Ім'я та прізвище пацієнта чи представника, який подає форму Номер телефону Дата

FOR OFFICE USE ONLY

Received by: LLC Staff Name: _____ Date: _____

**STAFF: Upon receipt, submit ALL Grievances IMMEDIATELY to
QA by scanning to GRIEVANCES email group.
(Do not place in QA staff mailbox)**