West Gippsland Healthcare Group (ਵੈਸਟ ਗਿਪਸਲੈਂਡ ਹੈਲਥਕੇਅਰ ਗਰੁੱਪ, WGHG) ਸਾਰੇ ਖ਼ਪਤਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਫੀਡਬੈਕ ਦੇਣ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਸ ਫੀਡਬੈਕ ਦੀ ਕਦਰ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਤੁਹਾਡਾ ਪਿਛੋਕੜ, ਸੱਭਿਆਚਾਰ, ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਯੋਗਤਾ ਕੁੱਝ ਵੀ ਹੋਵੇ। ਤੁਹਾਡੀ ਫੀਡਬੈਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸਾਡੀ ਇਹ ਜਾਣਨ ਵਿੱਚ ਮੱਦਦ ਕਰੇਗੀ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕਿਹੜੀਆਂ ਚੀਜ਼ਾਂ ਵਧੀਆ ਕਰ ਰਹੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਅਸੀਂ ਕਿੱਥੇ ਸੁਧਾਰ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਇਹ ਫੀਡਬੈਕ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ:

- ਕਿਸੇ ਸੇਵਾ ਜਾਂ ਸਟਾਫ਼ ਦੀ ਤਾਰੀਫ਼
- ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਸੁਝਾਅ
- ਇਲਾਜ ਜਾਂ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ

ਸਟਾਫ਼ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨਾ ਅਕਸਰ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਤੇਜ਼ ਤਰੀਕਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਵੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਭਰਕੇ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਮੁੱਖ ਰਿਸੈਪਸ਼ਨ 'ਤੇ ਲੱਗੇ ਫੀਡਬੈਕ ਬਾਕਸ ਵਿੱਚ ਰੱਖੋ।

ਆਪਣੀ ਫੀਡਬੈਕ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ:

WGHG Feedback
41 Landsborough Street,
Warragul, VIC, 3820

ਇੱਥੇ ਜਾ ਕੇ ਔਨਲਾਈਨ ਫੀਡਬੈਕ ਫਾਰਮ ਭਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

www.wghg.com.au

ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਭੇਜੋ: feedback@wghg.com.au

ਫ਼ੋਨ: ਫੀਡਬੈਕ ਲਾਈਨ
(03) 5623 0615

ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਕਾਪੀ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਡਾਊਨਲੋਡ ਕਰਨ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ QR ਕੋਡ ਨੂੰ ਸਕੈਨ ਕਰੋ:

ਬਾਹਰੀ ਸਰੋਤ

ਸਿਹਤ ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਸੰਬੰਧੀ ਕਮਿਸ਼ਨਰ ਦਫ਼ਤਰ (Office of the Health Complaints Commissioner)
ਫ਼ੋਨ: 1300 582 113

ਬਜ਼ੁਰਗ ਦੇਖਭਾਲ ਗੁਣਵੱਤਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਮਿਸ਼ਨ (Aged Care Quality and Safety Commission)
ਫ਼ੋਨ: 1800 951 822

NDIS ਗੁਣਵੱਤਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਮਿਸ਼ਨ (NDIS Quality and Safeguards Commission)
ਫ਼ੋਨ: 1800 035 544

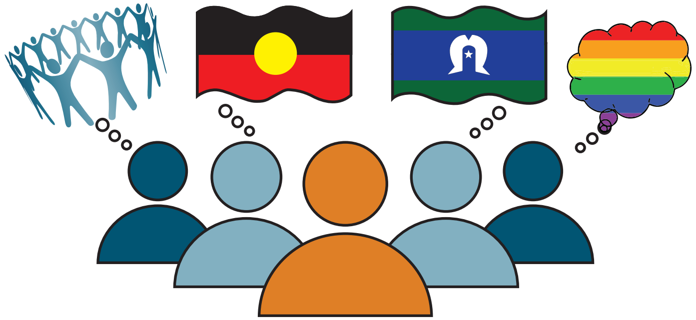
ਬਜ਼ੁਰਗ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੀ ਵਕਾਲਤ (Elder Rights Advocacy)
ਫ਼ੋਨ: 1800 700 600

ਟੈਲੀਫੋਨ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਨਾਲ 13 14 50 'ਤੇ ਘਰ ਤੋਂ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

WGHG HEALTH LITERACY ENDORSED May 2023

WEST GIPPSLAND
HEALTHCARE GROUP

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਫੀਡਬੈਕ ਦੀ ਕਦਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ



"ਸਾਨੂੰ ਪਤਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗੇਗਾ ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਸਾਨੂੰ ਨਹੀਂ ਦੱਸੋਗੇ"

ਸ਼ਿਕਾਇਤਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਲਾਘਾ ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਬਿਹਤਰ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਸਾਡੀ ਮੱਦਦ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ

ਤੁਹਾਡੀ ਫੀਡਬੈਕ ਦੀ ਕਿਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਹੈ?

☐ ਸ਼ਲਾਘਾ ☐ ਸ਼ਿਕਾਇਤ

☐ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਸੁਝਾਅ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗੁੰਮਨਾਮ ਰਹਿਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

ਗੁੰਮਨਾਮ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਮਿਲੀ ਫੀਡਬੈਕ ਨੂੰ ਵੀ ਰਿਕਾਰਡ ਕੀਤਾ ਅਤੇ ਸਮੀਖਿਆ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਫੀਡਬੈਕ ਪ੍ਰਤੀ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ?

☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ਰਾਹੀਂ: ਫ਼ੋਨ / ਈਮੇਲ / ਪੱਤਰ

ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ

(ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ)...........................

ਤੁਹਾਡੇ ਵੇਰਵੇ (ਫੀਡਬੈਕ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ)

ਨਾਮ: ....

ਪਤਾ: ....

ਫ਼ੋਨ: ....

ਈ - ਮੇਲ: ....

ਮਰੀਜ਼/ਖ਼ਪਤਕਾਰ ਨਾਲ ਤੁਹਾਡਾ ਰਿਸ਼ਤਾ

....

ਮਰੀਜ਼/ਖ਼ਪਤਕਾਰ ਦੇ ਵੇਰਵੇ (ਜੇ ਉਪਰੋਕਤ ਤੋਂ ਵੱਖਰੇ ਹਨ)

ਨਾਮ: ....

ਜਨਮ ਤਾਰੀਖ਼: ....

ਵਾਰਡ, ਯੂਨਿਟ, ਵਿਭਾਗ ਜਾਂ ਸੇਵਾ ਦਾ ਨਾਮ (ਜੇ ਪਤਾ ਹੈ)

....

....

ਅੱਜ ਦੀ ਤਾਰੀਖ਼.......................................

ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਅਨੁਭਵ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ (ਜੇਕਰ ਪਤਾ ਹੋਣ ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਤਾਰੀਖਾਂ ਵੀ ਲਿਖੋ)

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

WEST GIPPSLAND
HEALTHCARE GROUP