#

# Έντυπο Απόψεων

Όνομα:

Ηλικία του Πελάτη:

*Σημ: Αν ο πελάτης είναι ηλικίας κάτω των 16 χρονών, απαιτείται η υπογραφή του γονέα ή κηδεμόνα.*

Σημειώστε: [ ]  Είμαι ο πελάτης που λαβαίνει την υπηρεσία

[ ]  Είμαι μέλος της οικογένειας, κηδεμόνας ή συνήγορος του πελάτη [ ]  Είμαι υπάλληλος

 [ ]  Επιθυμώ να παραμείνω ανώνυμος/η

**Τομέας Υπηρεσίας:** [ ]  Στέγαση - Διεύθυνση:

 [ ]  Ημερήσιο Πρόγραμμα: [ ]  CP, 35 Beach St, Kogarah

 [ ]  CAS, 2 Laycock Road, Penshrurst

 [ ]  Λέσχη Καφέ

 [ ]  Θεραπευτικές Υπηρεσίες

Ημερομηνία των απόψεων:

Στοιχεία επικοινωνίας:

Παρακαλώ περιγράψτε τις απόψεις σας:

Έχετε μιλήσει σε κάποιον γι’ αυτές τις απόψεις;

[ ]  Ναι [ ]  Όχι

Αν Ναι, τι συνέβη;

Τι θα θέλατε να γίνει γι’ αυτές τις απόψεις σας;

*Σας ευχαριστούμε για τις απόψεις σας. Το Sunnyhaven θα χρησιμοποιήσει τις απόψεις σας για να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.*

***Σας παρακαλούμε στείλτε αυτό το έντυπο των απόψεων στη διεύθυνση:***

**ATTN: Office Manager**  Τηλέφωνο: 02 9588 5433

Διεύθυνση: Sunnyhaven Disability Services Φαξ: 02 9588 5066

 35 Beach Street, Kogarah NSW 2217

**Sunnyhaven use only:**

Feedback received by: Log No.

Date:

Action to be taken: [ ]  YES [ ]  NO

Feedback Analysis:

Action to be taken:

Feedback closed:

By:

Date:

Please attach any supporting documentation

# Έντυπο Παραπόνου

Όνομα:

Ηλικία του Πελάτη:

*Σημ: Αν ο πελάτης είναι ηλικίας κάτω των 16 χρονών, απαιτείται η υπογραφή του γονέα ή κηδεμόνα.*

Σημειώστε: [ ]  Είμαι ο πελάτης που λαβαίνει την υπηρεσία

[ ]  Είμαι μέλος της οικογένειας, κηδεμόνας ή συνήγορος του πελάτη [ ]  Είμαι υπάλληλος

 [ ]  Επιθυμώ να παραμείνω ανώνυμος/η

**Τομέας Υπηρεσίας:** [ ]  Στέγαση - Διεύθυνση:

 [ ]  Ημερήσιο Πρόγραμμα: [ ]  CP, 35 Beach St, Kogarah

 [ ]  CAS, 2 Laycock Road, Penshrurst

 [ ]  Λέσχη Καφέ

 [ ]  Θεραπευτικές Υπηρεσίες

Ημερομηνία παραπόνου:

Στοιχεία επικοινωνίας:

**Παρακαλώ περιγράψτε το παράπονό σας:**

*Πέστε μας για το κύριο πρόβλημα και τι προκάλεσε το παράπονο και ποια άτομα εμπλέκονται.*

**Παρακαλώ περιγράψτε τι θα θέλατε να γίνει για να επιλυθεί το παράπονό σας:**

*Υπογραφή:*

*Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα:*

***Σας παρακαλούμε στείλτε αυτό το έντυπο παραπόνου στη διεύθυνση::***

**ATTN: Office Manager**  Τηλέφωνο: 02 9588 5433

Διεύθυνση: Sunnyhaven Disability Services Φαχ: 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

#