

Are you a:

<input type="checkbox"/>	Client of Prahran Mission
<input type="checkbox"/>	Family member of a client
<input type="checkbox"/>	Carer for a client
<input type="checkbox"/>	Community member

Дата первоначальной претензии _____

Дата происшествия _____

Ваше имя (указать по желанию) _____

Изложите суть вашей претензии в произвольной форме _____

Если в основе вашей претензии происшествие, то есть ли у вас свидетели происшествия?

Подпись _____

~~~~~

Если Вы указали свое имя при подаче претензии, у вас есть возможность обсудить претензию с сотрудником службы. Данная часть формы подлежит заполнению при посещении приема у сотрудника службы.

Сотрудник службы \_\_\_\_\_

Принятые меры после подачи первоначальной претензии

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата достижения результата предпринятых мер \_\_\_\_\_

Отклик на предпринятые меры \_\_\_\_\_

Пожалуйста подпишите форму, если обратная оценка была предоставлена и вы согласны с вышеказанным \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Имя (указать по желанию) \_\_\_\_\_

Своими словами изложите суть вашего предложения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Вы желаете воспользоваться возможностью обсудить ваше предложение с сотрудником службы?

Пожалуйста обведите  Да  Нет