

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

最初投诉日期： _____

事件发生日期： _____

你的姓名(可以不填) _____

请用自己的言辞写下你的投诉： _____

如果你的投诉牵涉到一事件，有誰目击这件事？

簽名： _____

~~~~~

如果你把你的姓名填在这个投诉表格上，你就有机会与本机构职员进行讨论。以下部分将在讨论时填写。

职员姓名 \_\_\_\_\_

首次投诉后采取的行动

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

得出结果日期 \_\_\_\_\_

对参与者的答复

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

如果收到答复并且同意，请签字。 \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

**EVERYONE DESERVES A DECENT LIFE**