



# نظر خواهی

Farsi | فارسی

## به ما بگویید که چه فکر می کنید

لطفا ما را در جریان رضایت یا عدم رضایت خود درباره خدماتمان قرار دهید و یا چنانچه ایده ای دارید آن را با ما در میان بگذارید.

با کارکنان ما صحبت کنید



با تیم کنترل کیفیت ما در روزهای کاری با شماره **9448 6102** تماس بگیرید



از طریق **feedback@cohealth.org.au** به تیم کنترل کیفیت ما ایمیل بزنید.



فرم نظرخواهی را پر نموده و آن را در جعبه پیشنهادات در سالن انتظار  
ببندازید و یا به کارکنان ما تحویل دهید



به زبان خود برای ما بنویسید:

**cohealth Quality team**  
**Maribyrnong Street 90**  
**Footscray 3011**



## سوالات متداول

برای بازخوردها چه اتفاقی می افتد؟

- ما آنچه را که شما می گوئید بررسی خواهیم نمود و چنانچه درخواست نموده باشید، ظرف مدت 30 روز به آن پاسخ خواهیم داد
- آیا لازم است نام خود را ذکر کنم؟
- خیر، اما اگر می خواهید ما به شما پاسخ گوئیم، به نام و جزییات تماس شما نیاز داریم
- اگر پاسخ شما به بازخوردم راضی کننده نباشد چطور؟
- شما می توانید با تیم کنترل کیفیت cohealth با شماره **9448 6102** و یا با هر یک از آژانس های زیر تماس بگیرید:
- **1300 582 113** Health Complaints Commissioner (کمیسیونر شکایات سلامت)
- **1800 246 054** Mental Health Complaints Commissioner (کمیسیونر شکایات سلامت روانی)
- **1800 951 822** Aged Care Quality and Safety Commission (کمیسیون کیفیت و ایمنی مراقبت از سالمندان)
- **1800 677 342** Disability Services Commissioner, Victoria (کمیسیونر خدمات معلولیت، ویکتوریا)
- **1800 035 544** NDIS Quality and Safeguards Commission (کمیسیون کیفیت و حراست NDIS)
- **1300 782 978** Commission for Children and Young People (کمیسیون کودکان و جوانان)
- **1800 010 017** Victims of Crime Commissioner (کمیسیونر قربانیان بزه)
- **1300 006 842** Office of the Victorian Information Commissioner (دفتر کمیساریای اطلاعات ویکتوریا)



everyone is welcome at cohealth

cohealth.org.au

# فرم نظر خواهی

تاریخ: ...../...../.....

مکان: cohealth



ایده ای دارم



ناراضی هستم



رضایت دارم

نظرات من: .....

آیا مایل هستید که cohealth در رابطه با بازخوردتان با شما تماس بگیرد؟

بلی خیر اگر جواب شما مثبت است، اطلاعات تماس مورد نظر خود را در زیر بنویسید:

نام: .....

آدرس، شماره تلفن یا پست الکترونیک: .....

من به مترجم شفاهی نیاز دارم، زبان من: .....



Free interpreter service  
available or call 131 450



cohealth  
care for all