

يُرجى الكتابة بخط واضح وإكمال جميع أقسام هذا النموذج وإرساله عن طريق البريد إلى:

Office of Professional Medical Conduct

Central Intake Unit

Riverview Center

150 Broadway- Suite 355

Albany, NY 12204-2719

(يجب أن يتضمن هذا النموذج توقيعك الأصلي)

تُحفظ جميع بلاغات سوء السلوك قيد السرية وتتم حمايتها من الكشف عنها بموجب قانون الصحة العامة لولاية نيويورك، الأقسام 230(11)(a) و 230(10)(a)(v). لن يُعرض أي شخص يبلغ عن معلومات أو يقوم بتقديمها إلى مجلس السلوك المهني الطبي بحسن نية وبدون ضغينة، إلى إجراء دفع تعويض مدني أو أي تعويض آخر نتيجة لتقديم البلاغ بموجب القسم 230(11)(b).

انظر التعليمات في الصفحة 4 قبل إكمال هذا النموذج.

### المعلومات الخاصة بك

الاسم	اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
العنوان	رقم المنزل واسم الشارع	المدينة	الولاية
رقم الهاتف	رقم الهاتف المتاح صباحًا	رقم الهاتف المتاح مساءً	الرمز البريدي

### شكاوك بخصوص أحد الأطباء أو أحد مساعدي الأطباء

اسم الطبيب/مساعد الطبيب	اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
العنوان	رقم الشارع واسمه	المدينة	الولاية
رقم الهاتف			الرمز البريدي

### المعلومات الخاصة بالمرضى (المرضى)

\*\*يمكنك إضافة أسماء مرضى إضافيين في ورقة منفصلة.

اسم المريض (المرضى)	اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
تاريخ الميلاد	الشهر	اليوم	السنة

## تفاصيل الشكوى الخاصة بك

قم بوصف الشكوى الخاصة بك بالكامل بقدر الإمكان. يُرجى توقيع النموذج وكتابة التاريخ عليه.

متى حدث هذا؟

---

أين حدث هذا؟

---

هل قمت بتقديم شكوى إلى شخص آخر؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فلمن؟

---

هل كان يوجد أي شهود؟

يمكنك إضافة أسماء شهود إضافيين على ورقة منفصلة.

---

اسم الشاهد	اسم العائلة	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
------------	-------------	-------------	-----------------------------

--	--	--	--

--	--	--	--

## اشرح الشكوى الخاصة بك

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



لتقديم شكوى بخصوص أحد الأطباء (طبيب بشري أو طبيب متخصص في طب تقويم العظام) أو أحد مساعدي الأطباء أو أحد مساعدي الأخصائيين حاصل على ترخيص ممارسة مهنة الطب من ولاية نيويورك، يُرجى إكمال هذا النموذج وإرسال الأصل عن طريق البريد إلى:

**NYS Department of Health**  
**Office of Professional Medical Conduct**  
**Riverview Center 150 Broadway, Suite 355**  
**Albany, New York 12204-2719**

إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص ملء هذا النموذج، يُرجى الاتصال بمكتب السلوك المهني الطبي (OPMC) على الرقم: (518) 402-0836 أو (800) 663-6114.

سيقوم فريق عمل مُدَرَّب بمراجعة المعلومات التي قدمتها. سيحقق مكتب السلوك المهني الطبي في جميع المسائل التي تتعلق بسوء سلوك مهني محتمل. إذا تطلبت الشكوى الخاصة بك عناية مكتب آخر، فسيتم إرسالها إلى المكتب المصرح له بالتعامل مع مخاوفك.

لمساعدتنا على مراجعة الشكوى الخاصة بك، يُرجى القيام بالآتي:

- قم بالطباعة أو الكتابة بخط واضح باستخدام الحبر.
- قم بوصف الشكوى الخاصة بك بالكامل.
- قم بتضمين أسماء أي شهود.
- قم بتضمين أسماء الوكالات الأخرى التي قدمت إليها شكوى.
- قم بإرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.
- قم بإرفاق نسخ من الوثائق الداعمة. لا تقم بإرسال وثائق أصلية.
- قم بتوقيع النموذج وكتابة التاريخ عليه.