

Beschwerdeformular

Faire Anwerbung von Pflegekräften (Indikator 2.3.2)

1. Angaben zur beschwerdeführenden Person

Name (optional): _____

Funktion / Position: _____

Telefon / E-Mail: _____

2. Datum der Beschwerde

Datum: _____

3. Art der Beschwerde

Bitte ankreuzen:

☐ Anwerbeprozess

☐ Vertragsangelegenheiten

☐ Arbeitsbedingungen

☐ Kommunikation / Umgang

☐ Diskriminierung / Benachteiligung

☐ Sonstiges: _____

4. Beschreibung des Sachverhalts

Bitte möglichst genau beschreiben:

5. Beteiligte Personen / Stellen

(sofern bekannt)

6. Bereits erfolgte Schritte

Wurde der Vorfall bereits angesprochen oder gemeldet?

- ☐ Ja
☐ Nein

Falls ja, bei wem und wann?

7. Erwartete Lösung / gewünschte Maßnahmen

8. Vertraulichkeit

- ☐ Ich wünsche vertrauliche Behandlung meiner Angaben.
☐ Ich bin mit einer Kontaktaufnahme zur Klärung einverstanden.

9. Interne Bearbeitung (nur für Beschwerdestelle)

Eingangsdatum: _____

Eingangsbestätigung versendet am: _____

Zuständige Kontaktperson: _____

Erste Bewertung abgeschlossen am: _____

Ergebnis / Maßnahmen: _____

Abschlussdatum: _____

Unterschrift der bearbeitenden Person: _____

Complaint Form

Fair Recruitment of Nursing Staff (Indicator 2.3.2)

1. Information about the complainant

Name (optional): _____

Function / Position: _____

Phone / Email: _____

2. Date of the complaint

Date: _____

3. Type of complaint

Please tick:

☐ Recruitment process

☐ Contract matters

☐ Working conditions

☐ Communication / conduct

☐ Discrimination / disadvantage

☐ Other: _____

4. Description of the incident

Please describe as precisely as possible:

5. Involved persons / entities

(if known)

6. Steps already taken

Has the incident already been addressed or reported?

☐ Yes

☐ No

If yes, to whom and when?

7. Expected solution / desired measures

8. Confidentiality

☐ I request confidential handling of my information.

☐ I agree to being contacted for clarification.

9. Internal processing (for complaint office only)

Date received: _____

Acknowledgement sent on: _____

Responsible contact person: _____

Initial assessment completed on: _____

Result / measures: _____

Completion date: _____

Signature of processing person: _____

الترجمة إلى العربية

نموذج الشكوى

التوظيف العادل للعاملين في التمريض (المؤشر 2.3.2)

1. بيانات مقدم الشكوى

الاسم (اختياري): _____

الوظيفة / المنصب: _____

الهاتف / البريد الإلكتروني: _____

2. تاريخ الشكوى

التاريخ: _____

3. نوع الشكوى

يرجى وضع علامة:

☐ عملية الاستقدام

☐ شؤون التعاقد

☐ ظروف العمل

☐ التواصل / أسلوب التعامل

☐ التمييز / عدم المساواة

☐ أخرى: _____

4. وصف الحادثة

يرجى الوصف بدقة قدر الإمكان

5. الأشخاص / الجهات المعنية

(إن وُجدت)

6. الخطوات التي تم اتخاذها مسبقًا.

هل تم التطرق للواقعة أو الإبلاغ عنها سابقًا؟

☐ نعم

☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، لدى من ومتى؟

7. الحل المتوقع / الإجراءات المطلوبة.

8. السرية

☐ أرغب في التعامل بسرية مع بياناتي.

☐ أوافق على التواصل معي لغرض التوضيح.

9. المعالجة الداخلية (لجهة الشكاوى فقط).

تاريخ الاستلام: _____

تاريخ إرسال تأكيد الاستلام: _____

الشخص المسؤول: _____

تاريخ الانتهاء من التقييم الأولي: _____

النتيجة / الإجراءات: _____

تاريخ الإغلاق: _____

توقيع الموظف المعالج: _____