

Beschwerdeformular

1. Angaben zur Person des Beschwerdeführers:

Name: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum: _____

2. Art der Beschwerde:

- ☐ Rekrutierungsprozess
- ☐ Arbeitsbedingungen
- ☐ Kommunikation
- ☐ Unzulässige Praktiken
- ☐ Andere (bitte spezifizieren): _____

3. Welche Person oder Organisation ist betroffen?

- ☐ Kandidat/in
- ☐ Arbeitgeber
- ☐ Partnerorganisation
- ☐ Andere (bitte spezifizieren): _____

4. Detaillierte Beschreibung der Beschwerde:

Bitte schildern Sie den Vorfall oder das Problem, das zur Beschwerde führt, so präzise wie möglich.

5. Wann und wo hat der Vorfall stattgefunden?

Datum: _____

Ort: _____

6. Welche Parteien sind Ihrer Meinung nach in den Vorfall involviert?

- ☐ Personalagentur
- ☐ Pflegefachkraft
- ☐ Arbeitgeber
- ☐ Kooperationspartner
- ☐ Andere (bitte spezifizieren): _____

7. Haben Sie bereits versucht, das Problem direkt mit der betreffenden Partei zu klären?

- ☐ Ja*
- ☐ Nein

**Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz, was unternommen wurde:*

8. Welche Lösung oder Maßnahme erwarten Sie?

Bitte geben Sie an, welche Art von Lösung oder Abhilfe Sie sich wünschen.

9. Haben Sie Dokumente oder Beweise, die Ihre Beschwerde unterstützen können?

- ☐ Ja
☐ Nein

**Wenn ja, bitte fügen Sie diese bei (z. B. E-Mails, Verträge, Nachrichten, Fotos)*

10. Möchten Sie, dass Ihre Beschwerde anonym behandelt wird?

- ☐ Ja
☐ Nein

11. Weitere Anmerkungen oder Hinweise:

Hinweis:

Ihre Beschwerde wird von uns sorgfältig geprüft und behandelt. Wir garantieren, dass alle Angaben vertraulich behandelt werden. Falls notwendig, werden wir uns in den nächsten 5 Werktagen mit Ihnen in Verbindung setzen, um weitere Informationen zu sammeln.

Complaint Form

1. Details of the Complainant:

Name: _____

Email Address: _____

Phone Number: _____

Date: _____

2. Type of Complaint:

☐ Recruitment Process

☐ Working Conditions

☐ Communication

☐ Unlawful Practices

☐ Other (please specify): _____

3. Who is affected by the complaint?

☐ Candidate

☐ Employer

☐ Partner Organization

☐ Other (please specify): _____

4. Detailed Description of the Complaint:

Please describe the incident or issue that led to the complaint as clearly as possible.

5. When and where did the incident occur?

Date: _____

Location: _____

6. Which parties do you believe are involved in the incident?

☐ Recruitment Agency

☐ Healthcare Professional

☐ Employer

☐ Partner Organization

☐ Other (please specify): _____

7. Have you already tried to resolve the issue directly with the relevant party?

☐ Yes*

☐ No

**If yes, please briefly describe what was done:*

8. What solution or action do you expect?

Please indicate what kind of solution or remedy you are seeking.

9. Do you have any documents or evidence that can support your complaint?

- ☐ Yes
- ☐ No

**Wenn ja, bitte fügen Sie diese bei (z. B. E-Mails, Verträge, Nachrichten, Fotos)*

10. Would you like your complaint to be treated anonymously?

- ☐ Yes
- ☐ No

11. Additional Comments or Information:

Note:

Your complaint will be carefully reviewed and processed by us. We guarantee that all information will be treated confidentially. If necessary, we will contact you within the next 5 working days to gather further information.