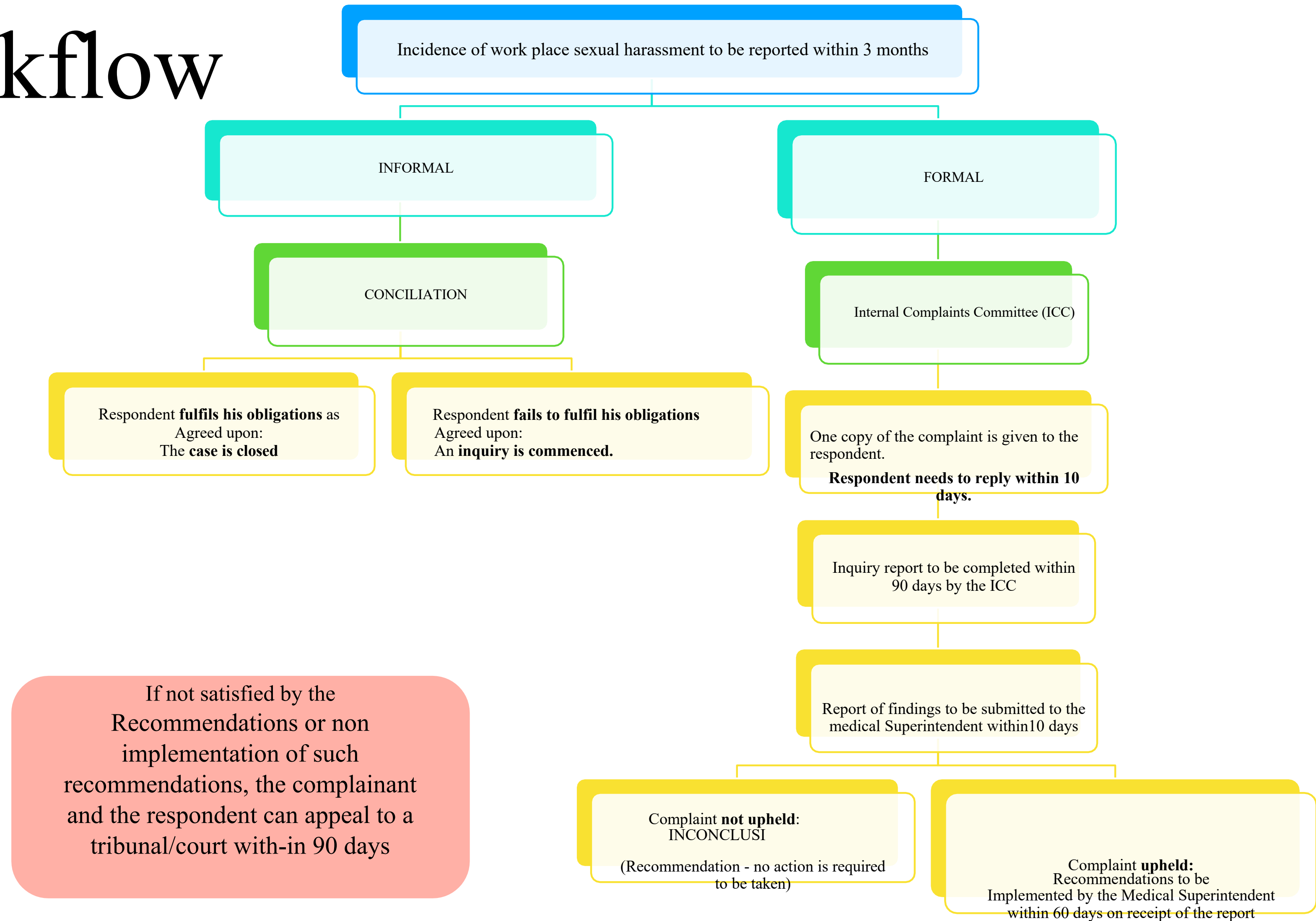


Workflow





**डॉ राम मनोहर लोहिया अस्पताल
अटल बिहारी वाजपेयी आयुर्विज्ञान संस्थान
नई दिल्ली - 110001**

DR. RAM MANOHAR LOHIA HOSPITAL,
ATAL BIHARI VAJPAYEE INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES,
NEW DELHI- 110001



शिकायत दर्ज कराने के लिए प्रपत्र / **Proforma for Filing of Complaints**
(पीड़ित पक्ष अथवा शिकायतकर्ता द्वारा दी गई सूचना गोपनीय रखी जाएगी।)
(Any information disclosed by the aggrieved party or complainant will be kept confidential.)

पीड़ित/शिकार व्यक्ति का विवरण / **Details of the Aggrieved Individual / Victim**

नाम / Name	
पदनाम / Designation	
प्रभाग/एकक/विभाग/ Division/Unit/Department	
सम्पर्क संख्या / Contact Number	
पता (कार्यालय) Address (office)	

शिकायतकर्ता का नाम, यदि शिकायत पीड़ित/शिकार व्यक्ति की ओर से दर्ज कराई जा रही है (यदि लागू हो)
(If applicable) Details of Complainant who is filling the form on behalf of the aggrieved individual / victim.

नाम / Name	
पीड़ित/शिकार व्यक्ति से संबंध Relationship with Aggrieved Individual (Victim)	
पदनाम (यदि शिकायतकर्ता कर्मचारी है) Designation (if Complainant is an employee)	
प्रभाग/एकक/विभाग (यदि शिकायतकर्ता कर्मचारी है) Division/Unit/Dept (if Complainant is an employee)	
संपर्क संख्या / Contact no.	
पता (कार्यालय/प्रशासनिक एकक का नाम जहाँ शिकायतकर्ता कार्यरत है) Address (office/administrative unit where the complainant works)	

पीड़ित व्यक्ति द्वारा शिकायत दर्ज न कराए जाने का कारण Reason for which Aggrieved Individual is unable to file the complaint	
--	--

आरोपी हमलावर का विवरण

Details of the Alleged Assailant

नाम / Name	
पदनाम / Designation	
प्रभाग / एकक / विभाग Division / Unit / Department	
सम्पर्क संख्या / Contact Number	
पता (वह स्थान जहाँ आरोपी हमलावर काम करता है) Address (place of work of the alleged assailant)	

घटना का विवरण / **Details of the Incident**

घटना का वर्णन Description of the Incident	
--	--

अतिरिक्त सूचना (क्या घटना दोहराई गई थी, यदि हाँ, तो इससे संबंधित पूर्व घटना)
Additional information (whether the occurrence was repeated or not, prior occurrence that was connected)

घटना/घटनाएँ घटित होने की तारीख/समय
Date and Time of the Incident / Incidents

साक्षी/साक्षियों का विवरण
Details witness /witnesses

उपलब्ध दस्तावेज, यदि कोई हो, का विवरण
(जैसे व्हाट्सएप संदेश, ईमेल, पत्र आदि)
Details of any documents available (E.g. Messages, email, letter etc)

घटना के बाद यदि पीड़ित व्यक्ति द्वारा किसी व्यक्ति से सम्पर्क किया गया था तो उसका विवरण
Details of any persons contacted by the aggrieved individual after the incident (If any)

कोई अन्य संगत सूचना/टिप्पणी
Any other relevant information / comments

पीड़ित व्यक्ति का नाम
Name of the Aggrieved Individual:
हस्ताक्षर / Signature

दिनांक / Date:

शिकायतकर्ता का नाम (यदि लागू हो)
Name of the Complainant (If applicable):
हस्ताक्षर / Signature

दिनांक / Date: