QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Las leyes Federales y Estatales no permiten que los representantes de los Programas de Cover Tennessee lo traten de forma diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo o religión. ¿Cree usted que lo han tratado de forma diferente debido a su **raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo o religión**? Utilice estas páginas para reportar cualquier queja al Programa de Cover Tennessee.

La información que está marcada con un asterisco (*) debe responderse en la queja. si necesita más espacio para decirnos lo que sucedió, utilice otras hojas de papel y envíelas con su queja.

1.* Escriba su nombre y su dirección.

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: (_____)_____ Trabajo o celular: (_____)_____

Dirección de correo electrónico: _____

2.* ¿Está usted reportando esta queja en nombre de otra persona? ❑ Sí ❑ No

Si es así, ¿Quién cree usted que ha sido tratado de forma diferente debido a su **raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo o religión**?

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: (_____)_____ Trabajo o celular: (_____)_____

¿Qué relación tiene usted con esta persona(s) (conyugue, hermano, amigo, etc...)? _____

3.* Nombre del Programa de Cover Tennessee que usted cree que lo trataron de una manera diferente.

❑ CoverTN ❑ CoverRx ❑ AccessTN ❑ CoverKids ❑ HealthyTNBabies

4.* ¿Cómo cree usted que lo trataron de una manera diferente? Fue debido a su -

❑ Raza ❑ Lugar de nacimiento ❑ Color de la piel ❑ Sexo ❑ Edad
❑ Discapacidad ❑ Discapacidad ❑ Discapacidad
❑ Otro (especifique): _____

5. ¿Cuál es la mejor hora para hablar con usted sobre esta queja? _____

6.* ¿Cuándo le sucedió eso? ¿Sabe cuál es la fecha?

Fecha en que comenzó: ___/___/___

Fecha cuando sucedió por última vez: ___/___/___

7. Las quejas deben reportarse a los 180 días (6 meses) de la fecha en que usted cree que lo trataron de una manera diferente. Posiblemente usted tenga más de 180 días para reportar su queja si es que hay una buena razón por la cual usted ha esperado hacerlo (tal como una enfermedad o muerte de alguien en su familia).

_____

_____

_____

8.* Cuéntenos lo que ocurrió, ¿cómo sucedió y por qué cree usted que pasó? ¡Quién lo hizo! ¿Fue alguien más tratado de una manera diferente? Si necesita más espacio, usted puede escribir en papel adicional y enviarlo con estas páginas.

_____

_____

_____

9. ¿Alguien vio que usted recibió un trato diferente? Si es así, por favor indique su:

Nombre	Dirección	Teléfono
		( )
		( )
		( )

10. ¿Tiene usted alguna otra información de la que nos quiera hablar?

_____

_____

_____

11.* No podemos recibir una queja que no esté firmada. Por favor escriba su nombre y la fecha en la linea de abajo. ¿Es usted el Representante Personal de la persona que piensa que fue tratada de manera diferente? Por favor firme su nombre en la parte de abajo. Como Representante Personal, usted debe adjuntar una copia del documento legal que le ha dado el derecho de actuar en nombre de esta persona.
Declaración: Estoy de acuerdo en que la información contenida en esta queja es verdadera y correcta y acepto que Cover Tennessee investigue mi queja.

_____ / / _____

(Firme aquí si usted es la persona a quien se le está presentando esta queja) (Fecha)

_____ / / _____

(Firme aquí si usted es el Representante Personal) (Fecha)

¿Está usted reportando esta queja en nombre de otra persona pero usted **no** es el Representante Personal de esta persona? Por favor firme su nombre en la parte de abajo. La persona que está reportando la queja también debe firmar en la línea anterior o debe informar a Express Scripts o al Programa de Cover Tennessee que él o ella autoriza que firmen en su nombre. **Declaración:** Estoy de acuerdo en que la información contenida en esta queja es verdadera y correcta y acepto que Cover Tennessee investigue mi queja.

_____ / / _____

(Firme aquí si usted está reportando esto en nombre de otra persona) (Fecha)

No hay problema con reportar una queja ante BCBST, Express Scripts Inc., CoverTN, AccessTN, CoverKids, CoverRx, o HealthyTNBabies. La información contenida en esta queja se maneja privadamente. Los nombres u otra información sobre las personas que aparecen en esta queja se revelan solamente cuando es necesario hacerlo. Por favor envíe y firme el Acuerdo de Divulgación de Información junto con su queja. Si usted está presentando esta queja en nombre de otra persona, pídale a dicha persona que firme el Acuerdo de Divulgación de Información y que lo envíe con esta queja. Por favor envíe por correo, complete y firme el Formulario de Quejas **y** firme el Acuerdo de Divulgación de Información a la oficina de:

Non-Discrimination Compliance, Cover Tennessee Programs
Division of Health Care Finance and Administration
310 Great Circle Road, 4th Floor
Nashville, TN 37243

Asegúrese de hacer una copia de todo lo que envía y deje las copias para sus archivos.

¿Necesita ayuda con el idioma? Llame al 1-800-874-8426, o para obtener ayuda para TDD/ TTY, llame al **1-800-759-1089**. ¿Necesita ayuda con Servicios al Afiliado? Llame al **1-888-560-2649.**
Las leyes federales y estatales protegen sus derechos. Nadie recibe un trato diferente por motivos deraza, color, lugar de nacimiento, religión, idioma, sexo, edad o discapacidad/impedimento.
¿Necesita ayuda? Llame a la Oficina de No Discriminación al número gratuito 1-855-286-9085 o Para TTY / TDD marque 711 y pedir 855-286-9085.

Acuerdo de Divulgación de Información

Para investigar su queja, el Programa de Cover Tennessee y Express Scripts Inc. podrían verse en la necesidad de darle su nombre u otra información suya a otras personas o agencias significativas a esta queja

Para acelerar la investigación de su queja, lea, firme y envíe por correo junto con su queja, una copia de este Acuerdo de Divulgación de Información. Por favor, guarde una copia para usted.

• Entiendo que durante la investigación de mi queja el Programa de Cover Tennessee y Express Scripts, posiblemente tengan que decirle a otras personas o agencias mi nombre u otra información sobre mi persona. Por ejemplo, si reporto que mi la farmacia me ha tratado de manera diferente debido a mi edad, CoverRx posiblemente tenga que hablar con mi la farmacia.

• Usted no tiene que estar de acuerdo para que revelen su nombre u otra información. No siempre es necesario investigar su queja. Pero. si usted no está de acuerdo en dejarnos usar su nombre u otros detalles, esto podría detener la investigación de su queja. Y, tal vez tengamos que cerrar su caso

Si usted está presentando esta queja en nombre de otra persona, necesitamos que esta persona firme el Acuerdo de Divulgación de Información. ¿Está usted firmando este documente como un Representante Personal? A continuación, también tiene que enviarnos una copia de los documentos legales donde lo nombran como Representante Personal.

Al firmar este Acuerdo de Divulgación de Información, acepto que he leído y entiendo mis derechos escritos anteriormente. Estoy de acuerdo con que el Programa de Cover Tennessee CoverTN, CoverRx, CoverKids, HealthyTNBabies, y AccessTN den mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias significativas a esta queja durante la investigación y los resultados.

Al firmar este Acuerdo de Divulgación de Información, acepto que he leído y entiendo mis derechos escritos anteriormente. Estoy de acuerdo con que Express Scripts, dé mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias significativas a esta queja durante la investigación y los resultados.

Este Acuerdo de Divulgación de Información está vigente hasta tenga el resultado final de su queja. Usted puede cancelar su contrato en cualquier momento llamando o escribiendo a su Programa de Cover Tennessee o a Express Scripts sin cancelar su queja. Si usted cancela su acuerdo, la información ya divulgada no puede ser recuperada.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: (_____)_____Trabajo o celular: (_____)_____

¿Necesita ayuda con el idioma? Llame al 1-800-874-8426, o para obtener ayuda para TDD/ TTY, llame al **1-800-759-1089**. ¿Necesita ayuda con Servicios al Afiliado? Llame al **1-888-560-2649.** Las leyes federales y estatales protegen sus derechos. Nadie recibe un trato diferente por motivos deraza, color, lugar de nacimiento, religión, idioma, sexo, edad o discapacidad/impedimento. ¿Necesita ayuda? Llame a la Oficina de No Discriminación al número gratuito 1-855-286-9085 o Para TTY/TDD marque 711 y pedir 855-286-9085.