Queja De Discriminación

Las leyes estatales y federales no permiten que la División de Finanzas y Administración de Atención de Salud ("HCFA") lo trate de manera diferente debido a su:

- raza • color • origen nacional • discapacidad • edad • sexo
- religión • o cualquier otra condición/grupo protegido por la ley

La HCFA se compone de estos programas:

- TennCare • CoverKids • AccessTN • CoverRx
- Oficinas de iniciativas de eHealth • Grupo de Planificación estratégica e Innovación

¿Crees que has sido tratado de forma diferente por estos motivos? Utilice estas páginas para reportar una queja a la HCFA.

La información marcada con un asterisco (*) deben ser contestadas. Si necesita más espacio para contarnos lo que sucedió, utilice otras hojas de papel y envíelas por correo con su queja.

1.* Escriba su nombre y dirección.

Nombre _____

Dirección _____

_____ Código Postal _____

Teléfono de la casa (_____) _____ Trabajo o Celular (_____) _____

Dirección de correo electrónico _____

Nombre del MCO/Plan de Salud _____

Nombre del Programa HCFA: _____

2.* Esta usted presentando esta queja en nombre de otra persona? Sí _____ No _____

Si es sí, ¿quién cree usted que fue tratado de manera diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo, religión, o cualquier otro grupo protegido por la ley?

Nombre _____

Dirección _____

_____ Código Postal _____

Teléfono: Hogar (_____) _____ Trabajo o Celular (_____) _____

¿Qué relación tiene usted con esta persona (cónyuge, hermano, amigo)?

Nombre del MCO/plan de seguro médico de esa persona _____

3.* ¿Por qué cree que lo trataron de una manera diferente? Fue a causa de su

Raza _____ Origen Nacional _____ Color _____ Sexo _____

Edad _____ Discapacidad _____ Religión _____ Otro _____

4. ¿Cuál es la mejor hora para llamarlo acerca de esta queja? _____

5.* ¿Cuándo sucedió esto? ¿Sabe la fecha?

Fecha en que empezó _____ Fecha de la última vez que sucedió _____

6. Las quejas deben reportarse no más de 6 meses de la fecha en que piensa que fue tratado de una manera diferente. Si tiene una causa justificada (como enfermedad o fallecimiento en la familia), puede reportar su queja más de 6 meses después.

7.* **¿Qué sucedió?**, ¿Cómo y por qué piensa que pasó? ¿Quién lo hizo? ¿Piensa que alguna otra persona también fue tratada de una manera diferente? Si necesita más lugar, puede escribir en otra(s) hoja(s) y enviarlas con éstas.

8. **¿Alguien vio que usted fue tratado de forma distinta o hay alguien que tendría más información acerca de lo que pasó?** Si es así, por favor, proporcione la siguiente información sobre esa persona:

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

9. **¿Tiene usted más información que nos desee dar?**

10.* **No podemos aceptar ninguna queja que no esté firmada.** Por favor escriba su nombre y la fecha en la línea siguiente. ¿Es usted el representante autorizado de la persona que piensa que fue tratada de manera diferente? Por favor, firme con su nombre debajo. Como el representante autorizado, usted debe tener la prueba de que se puede actuar en nombre de esta persona. Si la persona es menor de 18 años, uno de los padres o tutor debe firmar por el menor. **Declaración:** *Declaro que la información presentada en esta queja es verídica y correcta y doy mi autorización para que HCFA investigue mi queja.*

(Firme aquí si usted es la persona de quien trata esta queja)

(Fecha).

(Firme aquí si usted es el Representante Autorizado)

(Fecha).

¿Está usted reportando esta queja en nombre de otra persona pero usted no es el Representante Autorizado de la persona? Firme abajo. **La persona para quien usted está reportando esta queja debe firmar arriba o debe decirle a su plan de seguro médico / Contratista de HCFA o a HCFA que está bien que él/ella firme en su lugar. Declaración:** *Afirmo que la información contenida en esta queja es verdadera y correcta y doy mi permiso para que HCFA se comuniquen conmigo acerca de esta queja.*

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

(Fecha).

¿Es usted ayudante de la HCFA o el MCO/Plan de Salud/contratista y está ayudando al miembro de buena fe a presentar la queja? Si es así, por favor firme abajo:

(Firme aquí si usted es ayudante de la HCFA o el MCO/Plan de Salud/contratista)

(Fecha)

Está bien que reporte una queja a su MCO/Plan de Salud/ HCFA contratista o a la HCFA. La información contenida en esta queja se trata de manera privada. Los nombres y otros datos sobre las personas que aparecen en esta queja sólo se divulgan cuando es necesario. Por favor, envíe una hoja de Autorización para Divulgar Información con su queja. Si está presentando esta queja en nombre de otra persona, pídale a la persona que firme la hoja de Autorización para Divulgar Información y envíela por correo con esta queja. Conserve una copia de todo lo que envíe. Envíe las hojas firmadas de la Queja y la Autorización para Divulgar Información a:

Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles (OCRC)

310 Gran Circle Road; Piso 4W • Nashville, TN 37243

615-507-6474 o gratis al 855-857-1673

Free ♦♦ gratis ♦♦ TRS ♦♦ Call ♦♦ llame ♦♦ 711 ♦♦ Ask ♦♦ pregunte 877-779-3103

HCFA.fairtreatment@tn.gov

También puede llamarnos si necesita ayuda con esta información.

Autorización para Divulgar Información

Para investigar su queja, es posible que la HCFA y su MCO/Plan de salud u otros Contratistas de HCFA tengan que divulgar su nombre u otra información sobre usted a otras personas o agencias importantes en esta queja. La HCFA se compone de estos programas:

- TennCare • CoverKids • AccessTN • CoverRx
- Oficinas de iniciativas de eHealth • Grupo de Planificación estratégica e Innovación

Para acelerar la investigación de su queja, lea, firme y envíe por correo una copia de esta Autorización para Divulgar Información con su queja. Por favor, conserve una copia para usted.

• Entiendo que durante la investigación de mi queja la HCFA y _____ (escriba el nombre de su Plan de Salud o contratista de MCO/HCFA sobre la línea) posiblemente tengan que dar mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias. Por ejemplo, si reporto que mi doctor me trató de manera diferente debido al color de mi piel, es posible que el MCO/Plan de Salud tenga que hablar con mi doctor.

• Usted no tiene que estar de acuerdo en divulgar su nombre u otra información. No siempre se necesita para investigar una queja. Aunque no firme la autorización trataremos de investigar su queja. Pero, si usted no está de acuerdo en permitirnos usar su nombre u otros detalles, eso podría limitar o detener la investigación de su queja. Y, tal vez tengamos que cerrar su caso. Sin embargo, antes de cerrar su caso, si no podemos seguir investigando su queja porque usted no firmó la autorización, podríamos comunicarnos con usted para preguntarle si quiere firmar una autorización para que la investigación pueda continuar.

Si usted está presentando esta queja para otra persona, necesitamos que esa persona firme la Autorización para Divulgar Información. ¿Está firmando esto en la capacidad de Representante Autorizado? Si es así, también debe darnos una copia de los documentos que lo nombran como Representante Autorizado.

Al firmar esta Autorización para Divulgar Información, acepto que he leído y entiendo mis derechos dispuestos anteriormente. Yo autorizo a HCFA para que dé mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias importantes en esta queja durante la investigación y el resultado.

Al firmar esta Autorización para Divulgar Información, acepto que he leído y entiendo mis derechos dispuestos anteriormente. Yo autorizo a mi plan de salud o Contratista de MCO/HCFA que dé mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias importantes en esta queja durante la investigación y el resultado.

Esta Autorización para Divulgar Información tiene vigencia hasta el resultado final de su queja. Usted puede cancelar su autorización en cualquier momento llamando o escribiendo a la HCFA sin cancelar su queja. Si cancela su autorización, sólo se aplica para el futuro intercambio de información. Esto no va a cambiar la información que ya ha sido compartida acerca de usted. Pero no vamos a compartir más información.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Necesita ayuda? Por favor llame o envíe una queja y una Autorización para Divulgar Información completadas y firmadas a:

Oficina de Cumplimiento de los Derechos Civiles (OCRC)

310 Gran Circle Road; Piso 4W • Nashville, TN 37243

615-507-6474 o gratis al 855-857-1673

Free ♦♦ gratis ♦♦ TRS ♦♦ Call ♦♦ llame ♦♦ 711 ♦♦ Ask ♦♦ pregunte 877-779-3103

HCFA.fairtreatment@tn.gov

- ¿Necesita ayuda para hablar con nosotros o para leer lo que le enviamos?
- ¿Tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para su cuidado o para tomar parte en uno de nuestros programas o servicios?
- ¿O tiene más preguntas sobre su atención médica?

Llámenos gratis al 1-855-259-0701. Podemos conectarlo con la ayuda o servicio gratuito que necesite.

(Para el sistema TTY (Para los sordos) llame al: 1-800-848-0298)

¿Necesita ayuda gratuita con esta carta?

Si usted habla un idioma diferente al inglés, existe ayuda gratuita disponible en su idioma. Esta página le indica cómo obtener ayuda en otro idioma. Le indica también sobre otras ayudas disponibles.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).

Kurdish: كوردی

ئاگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قەسە دەکەیت، خزمەتگوزاریهکانی یارمەتی زمان، بەخۆرای، بۆ تۆ بەردەستە. پەیوەندی بە 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298) بکە.

Arabic: آريبرعلا

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فان خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 0701-259-855-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 0298-848-800-1).

Chinese: 繁體中文

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-259-0701 (TTY 1-800-848-0298)。

Vietnamese: Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298)번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-259-0701 (ATS : 1-800-848-0298).

Amharic: አማርኛ

ማሰታወቂያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-259-0701 (መስማት ለተሳናቸው: 1-800-848-0298)።

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໃດຍບໍ່ເສັ້ນຄ່າ, ຄຸ້ມ'ນມ'ພີ້ ອມໃຫ້'ທ່ານ. ໂທ 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298).

Hindi: हिंदी ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298) पर कॉल करें।
Serbo-Croatian: Srpsko-hrvatski OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-855-259-0701 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 1- 800-848-0298).
Russian: Русский ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-259-0701 (телетайп: 1-800-848-0298).
Nepali: नेपाली ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-855-259-0701 (टिटिवाइ: 1-800-848-0298) ।
Persian: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم میباشد. تماس بگیرید. 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298)