

## Formulario de 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 ● HealthyTNBabies ● 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 deseé 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

Need free language help? Call ♦♦ Necesita ayuda con el idioma gratuita? Llame ♦♦

هلصت مجاناً؟ ةغلللا يف ءءءاسم ءيرت له ♦♦ 需要免费的翻译服务吗? 请致电 ♦♦ 무료로 통역 도움이 필요하십니까?

전화 ♦♦ Cần giúp đỡ miễn phí ngôn ngữ? Gọi ♦♦

هلءب ءئءن موي هب؟ ئير هبمار هب ئب ائراءئيراه ئفتئئبوء ئمءن هئ مئءك ئئ وء ♦♦

Ma u baahan tahay gargaar luqadda oo bilaash ah so wac ♦♦ 855-259-0701 or 855-857-1673

Have a disability and need free help or an auxiliary aid or service (Braille, large print)? Call ♦♦

Tiene una discapacidad y necesita ayuda gratuita? Llame ♦♦ هلصت؟ ءئءن اءم ءءءاسم ءءءءءء ءءءءءء ءءءءءء له ♦♦

您是否因残障而需要免费的帮助呢? 请致电 ♦♦ 장애가 있으신 분으로서 무료 도움이 필요하십니까? 전화 ♦♦

Có khuyết tật và cần sự giúp đỡ miễn phí Gọi ♦♦

هلءب ءئءن موي هب؟ ئير هبمار هب ئب ائراءئيراه ئفتئئبوء ئمءن هئ مئءك ئئ وء ♦♦

Ma leedahay naafo oo u baahan tahay gargaar bilaash ah so wac ♦♦ 855-259-0701 or 855-857-1673



### 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 • HealthyTNBabies • 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

Si cambia de opinión y desea terminar la Autorización para Divulgar Información llame al OCRC.

Need free language help? Call ♦♦ Necesita ayuda con el idioma gratuita? Llame ♦♦

لصت مجاناً؟ غللا يف قدع اسم ديرت له ♦♦ 需要免费的翻译服务吗? 请致电 ♦♦ 무료로 통역 도움이 필요하십니까? 전화

♦♦ Cần giúp đỡ miễn phí ngôn ngữ? Gọi ♦♦

♦♦ هكب ئيدين هوي هب؟ ير هبمار هب ئب ايراكيرا ه يفت ئبو يمانن هئ مئك ئي وت

Ma u baahan tahay gargaar luqadda oo bilaash ah so wac ♦♦ 855-259-0701 or 855-857-1673

Have a disability and need free help or an auxiliary aid or service (Braille, large print)? Call ♦♦ Tiene una

discapacidad y necesita ayuda gratuita? Llame ♦♦ لصت؟ ئي ن اجم قدع اسم جاتحتو قواع كيدل له ♦♦

您是否因残障而需要免费的帮助呢? 请致电 ♦♦ 장애가 있으신 분으로서 무료 도움이 필요하십니까? 전화 ♦♦

Có khuyết tật và cần sự giúp đỡ miễn phí Gọi ♦♦

♦♦ هكب ئيدين هوي هب؟ ير هبمار هب ئب ايراكيرا ه يفت ئبو يمانن هئ مئك ئي وت

Ma leedahay naafo oo u baahan tahay gargaar bilaash ah so wac ♦♦ 855-259-0701 or 855-857-1673