



TENNCARE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN

Las leyes federales y estatales no permiten que el Programa TennCare lo trate 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**. ¿Piensa que ha sido tratado de manera diferente por estas razones? Use estas hojas para presentar una queja a TennCare.

Es obligatorio proporcionar la información marcada con un asterisco (*). Si necesita más espacio para decirnos lo que pasó, use otras hojas de papel y envíelas con su queja.

1.* Escriba su nombre y dirección.

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Código postal _____

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

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del MCO/plan de seguro médico:

2.*¿Está usted presentando esta queja en nombre de otra persona?

Sí: _____ No: _____

Si respondió Sí, ¿quién piensa 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.* ¿Cuál parte del Programa TennCare cree que lo trató de una manera diferente?

Servicios médicos___ Servicios dentales___ Servicios de farmacia___ Salud conductual___

Servicios y apoyos de largo plazo___ Servicios de elegibilidad___ Apelaciones___

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

Raza___ Lugar de nacimiento___ Color de la piel___ Sexo___ Edad___

Discapacidad___ Religión___ Otra cosa_____

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

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

Fecha en que comenzó: _____ Última fecha en que sucedió: _____

7. 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.

8.* ¿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 estas hojas.

9. ¿Alguien vio cómo lo trataban de una manera diferente? Si es así, por favor, proporcione la siguiente información sobre esa persona:

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

10. ¿Tiene usted más información que nos desee dar?

11.*No podemos aceptar ninguna queja que no esté firmada. Por favor, escriba su nombre y la fecha en la línea de abajo. ¿Es usted el Representante Autorizado de la persona que piensa que fue tratada de manera diferente? Firme abajo. Como el Representante Autorizado, usted debe tener un comprobante de que puede actuar en nombre de esta persona. Si el paciente es menor de 18 años de edad, uno de los padres o tutor debe firmar en su nombre. **Declaración:** *Declaro que la información presentada en esta queja es verídica y correcta y doy mi autorización para que TennCare 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 o a TennCare 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 TennCare se comuniquen conmigo acerca de esta queja.*

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

¿Es usted ayudante de TennCare o del MCO/plan de seguro médico 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 TennCare o del MCO/plan de seguro médico) (Fecha)

Está bien que reporte una queja a su MCO/plan de seguro médico o a TennCare. 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:

TennCare OCRC
310 Great Circle Road, 3rd Floor
Nashville, TN 37243
Teléfono: 1-615-507-6474 o gratis en el 1-855-857-1673
Para TRS gratis, marque el 711
Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov

También puede llamarnos si necesita ayuda con esta información.



Acuerdo de divulgación de información de TennCare

Para investigar su reclamo, es posible que TennCare deba informar a otras personas u organizaciones importantes su nombre u otra información sobre usted.

Para acelerar la investigación de su reclamo, lea, firme y envíe por correo postal una copia de este Acuerdo de divulgación de información junto con él. Guarde una copia para usted.

- Comprendo que durante la investigación de mi reclamo, es posible que TennCare deba compartir mi nombre, fecha de nacimiento, información sobre reclamaciones, información médica u otra información sobre mí con otras personas u organizaciones. Igualmente, es posible que TennCare deba recopilar esta información sobre usted a través de personas u organizaciones. Por ejemplo, si denuncio que mi médico me trató de una manera diferente debido a mi color, es posible que TennCare deba hablar con mi médico y recopilar mis registros médicos.
- Usted no estará obligado a aceptar la divulgación de su nombre u otra información. No siempre será necesario investigar su reclamo. Si no firma la autorización de divulgación, igualmente intentaremos investigar su reclamo. Si no acepta permitirnos usar su nombre u otros datos, la investigación de su reclamo se podrá ver limitada o suspendida. Es posible que tengamos que cerrar su caso. Antes de cerrar su caso por el hecho de que usted no firmó la autorización de divulgación, podremos comunicarnos con usted para averiguar si desea firmar una autorización de divulgación para que la investigación pueda continuar.

Si usted presenta este reclamo en nombre de otra persona, necesitaremos que esa persona firme el Acuerdo de divulgación de información. ¿Está firmando este documento como representante autorizado? Entonces, también deberá proporcionarnos una copia de los documentos que lo designan a usted como el representante autorizado.

Al firmar este Acuerdo de divulgación de información, acepto que he leído y comprendo los derechos que se mencionaron anteriormente. Acepto que TennCare comparta mi nombre u otra información sobre mí con otras personas u organizaciones que sea importante para este reclamo durante la investigación y el resultado del mismo.

Este Acuerdo de divulgación de información tendrá vigencia hasta el resultado final de su reclamo. Usted podrá cancelar su acuerdo en cualquier momento llamando o escribiendo a TennCare sin cancelar su reclamo. Si cancela el acuerdo, no se podrá eliminar por completo la información que ya se haya compartido.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta):

Dirección:

Teléfono:

¿Desea realizar un reclamo? Envíe por correo postal un reclamo completado y **firmado** y un formulario del **Acuerdo de divulgación de información firmado** a la siguiente dirección:

OCRC de TennCare
855-857-1673 (TRS 711)
310 Great Circle Road, 3W
Nashville, TN 37243

Teléfono: 1-615-507-6474 o en forma gratuita al 1-

Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov

¿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: ئهگهر به زمانی کوردی قهسه دهکبهیت، خزمهتگوزاریهکانی یارمهتی زمان، بهخوڕایی، بو تو بهردهسته. پهیهندی به
1-855-259-0701 (TTY 1-800-848-0298) بکه.

Arabic: العربية

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

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
ማስታወሻ: 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, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄຸ້ມ'ນມ' ຈຶ່ງ ອມໃຫ້ທ່ານ. 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 नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ। फोन गर्नुहोस् 1-855-259-0701 (टिपिवाइ: 1-800-848-0298) ।	
Persian:	
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم میباشند. 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298) تماس بگیرید.	

- ¿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 sistemaTTY (Para los sordos) llame al: 1-800-848-0298)