

Queja de Discriminación

Las leyes federales y estatales no permiten que el Programa TennCare lo trate de manera diferente debido a su raza, color, 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, 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 _____
Servicios y apoyos de largo plazo _____ Servicios de elegibilidad _____
Apelaciones _____ Salud conductual _____

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

Raza _____ Lugar de nacimiento _____ Color _____ 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, Office of Civil Rights Compliance

310 Great Circle Road; Floor 3W
Nashville, TN 37243

Teléfono: 615-507-6474 o gratis en el 855-857-1673, (TRS 711)

Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov

Autorización para Divulgar Información

Para investigar su queja, es posible que TennCare y BlueCare Tennessee (BlueCare o TennCareSelect) tengan que divulgar su nombre u otra información sobre usted a otras personas o agencias importantes en esta queja.

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 TennCare y BlueCare Tennessee (BlueCare o TennCareSelect) 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 BlueCare Tennessee (BlueCare o TennCareSelect) 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 TennCare 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 BlueCare Tennessee (BlueCare o TennCareSelect) 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 TennCare o a BlueCare Tennessee (BlueCare o TennCareSelect) sin cancelar su queja. Si cancela su autorización, la información ya divulgada no se puede hacer desconocer.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

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

TennCare, Office of Civil Rights Compliance

310 Great Circle Road; Floor 3W
Nashville, TN 37243

Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov
Teléfono: 615-507-6474 o gratis en el
855-857-1673, (TRS 711)

¿Necesita ayuda? Tenemos ayuda y servicios auxiliares gratuitos, como letra grande, para comunicarnos de forma efectiva con usted. Llámenos al 1-800-468-9698 (TRS: 711). Si habla un idioma que no es inglés, hay ayuda disponible en su idioma de forma gratuita. Contamos con servicios gratuitos de interpretación y traducción para ayudarlo.

Spanish: Español ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Arabic: العربية

ملاحظة: إذا تتكلم اللغة العربية، خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجانًا. اتصل برقم: (1-866-503-0264 أو TRS/TTY: 711) 1-800-468-9698

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1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264)

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 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Korean: 한국어 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) 번으로 전화해 주십시오.

French: Français ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-468-9698 (ATS: 711: 1-866-503-0264).

Amharic: አማርኛ ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚስተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Gujarati: ગુજરાતી સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Laotian: ພາສາລາວ ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

German: Deutsch ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Tagalog: Tagalog PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Hindi: हिंदी ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) पर कॉल करें।

Russian: Русский ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Japanese: 日本語 「日本語を話す方は、通訳や翻訳などの言語支援サービスを無料で利用できます」 電話1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264).

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (1-800-468-9698 (TRS/TTY: 711: 1-866-503-0264) تماس بگیرید.

El Sistema de Apoyo a Beneficiarios (BSS) ayuda a las personas que están inscritas en CHOICES, Employment and Community First (ECF) CHOICES y el programa Katie Beckett. También ayudan a las personas que desean inscribirse en estos programas. Para obtener ayuda, llame al 1-888-723-8193.

El programa TennCare no discrimina a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal, la edad, la discapacidad, la religión o el sexo. Si necesita modificaciones razonables o cree que lo trataron de manera diferente, o lo discriminaron, puede presentar una queja (reclamo) ante la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare a HCFA.fairtreatment@tn.gov, <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>, 310 Great Circle Road Floor 3W, Nashville, TN 37243, o llamar al TRS/TTY: 711: (615) 507-6474. ¿Necesita ayuda para presentar una queja? Llame a TennCare Connect al 1-855-259-0701.



¿Necesita ayuda con su atención médica,
para hablar con nosotros o para leer
lo que le enviamos? Llámenos gratis al:
BlueCare **1-800-468-9698**
TennCare*Select* **1-800-263-5479**
CoverKids **1-888-325-8386**
(TRS: **711: 888-418-0008**)



BlueCareSM
TennCare*Select*
CoverKids

1 Cameron Hill Circle | Chattanooga, TN 37402 | bluecare.bcbst.com

BlueCare Tennessee es un licenciataro independiente de BlueCross BlueShield Association.

BCT-59-SP (5/25)