

شكوى من التمييز

لا تسمح القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية لبرنامج TennCare بمعاملتك بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو محل الميلاد أو الإعاقة أو العمر أو نوع الجنس أو الدين أو أي مجموعة سمات أخرى يحميها القانون. هل تعتقد أنك تعرضت لمعاملة مختلفة لهذه الأسباب؟ استخدم هذه الصفحات للإبلاغ عن شكوى إلى TennCare. يجب الإجابة عن المعلومات المميزة بعلامة النجمة (*). إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر لإخبارنا بما حدث، فاستخدم أوراقاً أخرى وأرسلها مع شكواك عبر البريد.

1. اكتب اسمك وعنوانك.*

الاسم: _____

العنوان: _____

الرمز البريدي _____

الهاتف: المنزل: (_____) العمل أو الهاتف المحمول: (_____)

عنوان البريد الإلكتروني: _____

اسم مؤسسة الرعاية المُدارة/الخطة الصحية: _____

2. هل تبلغ عن هذه الشكوى نيابة عن شخص آخر؟* نعم: _____ لا: _____

إذا كانت الإجابة نعم، فمن في رأيك تم التعامل معه بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو محل الميلاد أو الإعاقة أو العمر أو نوع الجنس أو الدين أو أي مجموعة سمات أخرى يحميها القانون؟

الاسم: _____

العنوان: _____

الرمز البريدي _____

الهاتف: المنزل: (_____) العمل أو الهاتف المحمول: (_____)

ما صلتك بهذا الشخص (زوجة، أخ، صديق)؟ _____

اسم مؤسسة الرعاية المُدارة/الخطة الصحية لهذا الشخص: _____

3. أي جزء من برنامج TennCare تعتقد أنه تعامل معك بطريقة مختلفة:*

الخدمات الطبية _____ خدمات طب الأسنان _____ الخدمات الصيدلانية _____
الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل _____ خدمات الأهلية _____ الطعون _____

4. في رأيك، كيف تمت معاملتك بطريقة مختلفة؟* هل كان التمييز بسبب

العرق _____ محل الميلاد _____ اللون _____ نوع الجنس _____ العمر _____
الإعاقة _____ الدين _____ أخرى _____

5. ما أفضل وقت للتحدث إليك بشأن هذه الشكوى؟

6. متى حدث لك ذلك؟ هل تعرف التاريخ؟*

تاريخ البدء: _____ تاريخ آخر مرة حدث فيها ذلك: _____

7. يجب الإبلاغ عن الشكاوى في غضون 6 أشهر من التاريخ الذي تعتقد أنه تمت فيه معاملتك بشكل مختلف.

قد يكون هناك استثناء للإبلاغ عن شكوى بعد مرور أكثر من 6 أشهر عليها إذا كان هناك سبب وجيه للتأخير (مثل حالة وفاة في أسرتك أو مرض).

8. ماذا حدث؟*

برأيك كيف حدث هذا الأمر ولماذا؟ من فعل ذلك؟ هل تعتقد أن أي شخص آخر قد تمت معاملته بشكل مختلف؟ يمكنك كتابة ورق إضافي وإرساله مع هذه الصفحات إذا كنت بحاجة إلى مساحة إضافية للكتابة.

9. هل شاهدك أي شخص في أثناء معاملتك بشكل مختلف؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى إخبارنا بما يلي عنه:

الاسم _____ العنوان _____ الهاتف _____

10. هل لديك مزيد من المعلومات تريد إخبارنا بها؟

11. لا يمكننا تقديم شكوى غير موقعة.*

يُرجى كتابة اسمك والتاريخ على السطر أدناه. هل أنت الممثل المعتمد للشخص الذي يعتقد أنه تمت معاملته بشكل مختلف؟ يُرجى التوقيع باسمك أدناه. بصفتك الممثل المفوض، يجب أن يكون لديك دليل على أنه يمكنك التصرف نيابة عن هذا الشخص. إذا كان عمر المريض أقل من 18 عامًا، فيجب أن يوقع أحد الوالدين أو الوصي نيابة عنه بصفته قاصرًا. إقرار: أقر بأن المعلومات الواردة في هذه الشكوى حقيقية وصحيحة وأوافق على قيام TennCare بالتحقيق في الشكوى التي قدمتها.

(التاريخ)

(وَقَّع باسمك هنا إذا كنت الشخص المعني بهذه الشكوى)

(التاريخ)

(وَقَّع هنا إذا كنت الممثل المعتمد)

هل تقوم بالإبلاغ عن هذه الشكوى نيابة عن شخص آخر ولكنك لست الممثل المعتمد لهذا الشخص؟ يُرجى التوقيع باسمك أدناه. يجب أن يوقع الشخص الذي تقدم هذه الشكوى نيابة عنه أعلاه أو يجب أن يخطر الخطة الصحية التي يتعامل معها أو برنامج TennCare بأنه يجوز له التوقيع نيابة عنه. إقرار: أقر بأن المعلومات الواردة في هذه الشكوى حقيقية وصحيحة وأوافق على قيام TennCare بالاتصال بي بشأن هذه الشكوى.

(التاريخ)

(وَقَّع هنا إذا كنت تبلغ عن هذه الشكوى نيابة عن شخص آخر)

هل أنت مُساعد من TennCare أو مؤسسة الرعاية المُدارة/الخطة الصحية وتساعد العضو بحسن نية في استكمال الشكوى؟ إذا كان الأمر كذلك، فيرجى التوقيع أدناه:

(التاريخ)

(وَقَّع هنا إذا كنت مساعدًا من TennCare أو مؤسسة الرعاية المُدارة/الخطة الصحية)

لا بأس من الإبلاغ عن شكوى إلى مؤسسة الرعاية المُدارة/الخطة الصحية أو TennCare. يتم التعامل مع المعلومات الواردة في هذه الشكوى بسرية. لا تتم مشاركة الأسماء أو المعلومات الأخرى عن الأشخاص المعنيين في هذه الشكوى إلا عند الحاجة. يُرجى إرسال صفحة الموافقة على الإفصاح عن المعلومات الموقعة مع شكواك بالبريد. إذا كنت تقدم هذه الشكوى نيابة عن شخص آخر، فاطلب من هذا الشخص التوقيع على صفحة الموافقة على الإفصاح عن المعلومات وأرسلها بالبريد مع هذه الشكوى. احتفظ بنسخة من كل شيء ترسله. يُرجى إرسال صفحات الشكوى المكتملة والموقعة والموافقة على الإفصاح عن المعلومات بالبريد إلى:

TennCare, Office of Civil Rights Compliance

310 Great Circle Road; Floor 3W

Nashville, TN 37243

الهاتف: 615-507-6474 أو رقم الهاتف المجاني 855-857-1673،
(خدمة ترحيل الاتصالات 711)

البريد الإلكتروني: HCFA.fairtreatment@tn.gov

الموافقة على الإفصاح عن المعلومات

للتحقيق في شكواك، قد تحتاج TennCare و BlueCare Tennessee (أو TennCareSelect) إلى إخبار أشخاص أو وكالات أخرى مهمة لهذه الشكوى باسمك أو معلومات أخرى عنك.

لتسريع التحقيق في شكواك، عليك قراءة نموذج الموافقة على الإفصاح عن المعلومات والتوقيع عليه وإرساله بالبريد مع شكواك. يُرجى الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

- أفهم أنه في أثناء التحقيق في شكواي، قد تحتاج TennCare و BlueCare Tennessee (أو TennCareSelect) إلى إخبار أشخاص باسمي أو معلومات أخرى عني إلى أشخاص آخرين أو وكالات أخرى. على سبيل المثال، إذا أبلغت أن طبيبي قد عاملني بطريقة مختلفة بسبب اللون، فقد تحتاج BlueCare Tennessee (أو TennCareSelect) إلى التحدث إلى طبيبي.
- لا يتعين عليك الموافقة على الإفصاح عن اسمك أو معلومات أخرى. فلا حاجة لاسمك دائماً للتحقيق في شكواك. إذا لم توقع على بيان الإفصاح، فسواصل محاولة التحقيق في شكواك. ولكن إذا لم توافق على السماح لنا باستخدام اسمك أو تفاصيل أخرى، فقد يحد ذلك من عملية التحقيق في شكواك أو يوقفها. وقد نضطر إلى إغلاق شكواك. ومع ذلك، قبل أن نغلق شكواك بسبب تعذر التحقيق فيها نتيجة عدم توقيعك على بيان الإفصاح، فقد نتصل بك لمعرفة ما إذا كنت تريد التوقيع على البيان كي تتمكن من متابعة التحقيق.
- إذا كنت تقدم هذه الشكوى نيابة عن شخص آخر، فإننا نحتاج إلى توقيع هذا الشخص على نموذج الموافقة على الإفصاح عن المعلومات. هل تُوقِّع على هذا النموذج بصفقتك ممثلاً مفوضاً؟ حينها يجب عليك أيضاً أن تقدم لنا نسخة من الوثائق التي تثبت أنك ممثل مفوض.
- بالتوقيع على نموذج الموافقة على الإفصاح عن المعلومات هذا، أوافق على أنني قد قرأت وفهمت حقوقي المكتوبة أعلاه. أوافق على إبلاغ TennCare الأشخاص باسمي أو معلومات أخرى عني إلى أشخاص آخرين أو وكالات أخرى مهمة لسير هذه الشكوى في أثناء التحقيق والنتيجة.
- بالتوقيع على نموذج الموافقة على الإفصاح عن المعلومات هذا، أوافق على أنني قد قرأت وفهمت حقوقي المكتوبة أعلاه. أوافق على إبلاغ BlueCare Tennessee (أو TennCareSelect) الأشخاص باسمي أو معلومات أخرى عني إلى أشخاص آخرين أو وكالات أخرى مهمة لسير هذه الشكوى في أثناء التحقيق والنتيجة.

تسري الموافقة على الإفصاح عن المعلومات هذه حتى صدور النتيجة النهائية لشكواك. يمكنك إلغاء موافقتك في أي وقت عن طريق الاتصال أو الكتابة إلى TennCare أو إلى BlueCare Tennessee (أو BlueCare Select) دون إلغاء شكواك. إذا قمت بإلغاء موافقتك، فلا يمكن جعل المعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل مجهولة الهوية.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الاسم (يرجى الكتابة بخط واضح): _____

العنوان: _____

الهاتف: _____

هل تحتاج إلى مساعدة؟ هل تريد الإبلاغ عن شكوى؟ يرجى الاتصال أو إرسال نموذج الشكوى المكتملة والموقعة والموافقة على الإفصاح عن المعلومات بالبريد إلى:

TennCare, Office of Civil Rights Compliance

310 Great Circle Road; Floor 3W

Nashville, TN 37243

الهاتف: 615-507-6474 أو رقم الهاتف المجاني 855-857-1673،
(خدمة ترحيل الاتصالات 711)

البريد الإلكتروني: HCFA.fairtreatment@tn.gov

هل تحتاج إلى المساعدة؟ نحن نوفر أدوات مُساعدة وخدمات مجانية، مثل الطباعة بحروف كبيرة، حتى تتمكن من التواصل معك بفعالية. اتصل بنا على الرقم 1-800-468-9698 (خدمة ترحيل الاتصالات: 711) إذا كنت تتحدث لغة أخرى غير الإنجليزية وسنوفر المساعدة بلغتك مجانًا. نقدم خدمات الترجمة الفورية والترجمة التحريرية مجانًا لمساعدتك.

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

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 ድርጅቶቻችን 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. ໂທສ 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.

يساعد نظام دعم المستفيدين (BSS) الأشخاص المسجلين في برامج CHOICES، و Employment and Community First (ECF) CHOICES، و Katie Beckett. ويوفر البرنامج المساعدة كذلك للأشخاص الذين يرغبون في التسجيل بهذه البرامج. للحصول على المساعدة، اتصل على الرقم 1-888-723-8193.

لا يمارس برنامج TennCare التمييز ضد الأشخاص بسبب العرق أو اللون أو الأصل القومي بما في ذلك الإجابة المحدودة للغة الإنجليزية واللغة الرئيسية أو العمر أو الإعاقة أو الدين أو نوع الجنس. إذا كنت بحاجة إلى تعديلات معقولة أو تعتقد أنه تمت معاملتك بشكل مختلف، أو تم التمييز ضدك، فيمكنك تقديم تظلم (شكوى) إلى مكتب الامتثال للحقوق المدنية في TennCare من خلال HCFA.fairtreatment@tn.gov، 310 Great Circle Road Floor 3W، <https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>، Nashville, TN 37243، أو بالاتصال على (خدمة ترحيل الاتصالات/الهاتف النصي: 711: 507-6474 (615)). هل تحتاج إلى مساعدة في تقديم تظلم؟ اتصل على TennCare Connect من خلال الرقم 1-855-259-0701.

هل أنت بحاجة إلى مساعدة فيما يتعلق برعايتك الصحية،
أو في التحدث إلينا أو قراءة ما نرسله إليك؟
إذا كان الأمر كذلك، فاتصل بنا مجاناً على:

BlueCare 1-800-468-9698

TennCareSelect 1-800-263-5479

CoverKids 1-888-325-8386

(خدمة ترحيل الاتصالات: **711** اطلب **888-418-0008**)



BlueCareSM
TennCareSelect
CoverKids

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

تُعد BlueCare Tennessee شركة مستقلة حاصلة على ترخيص من BlueCross BlueShield Association.