

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____
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*

TennCare Autorización para Divulgar Información

Para investigar su queja, es posible que TennCare y su MCO/plan de seguro médico 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 _____ (escriba en la línea el nombre de su MCO/plan de seguro médico) 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 mi MCO/plan de seguro médico 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 mi MCO/plan de seguro médico que dé mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias importantes en esta queja durante la investigación y el resultado.

