



**Queja por trato injusto**  
Version in English on other side

La ley federal dice que el trato injusto no está permitido. Nadie puede recibir un trato diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, sexo, edad, creencias o discapacidad. Si piensa que ha sido tratado de manera injusta por alguno de esos motivos, usted tiene el derecho de quejarse. TennCare no permite el trato injusto.

Necesitamos la siguiente información para que podamos evaluar su queja. Si necesita ayuda para llenar esta hoja, avísenos.

**1. ¿Está completando esta queja para usted mismo(a)?**  Sí  No

Si respondió "sí", pase a la pregunta número 2.

De lo contrario, díganos el nombre de usted: \_\_\_\_\_

Anote un número de teléfono en donde nos podemos comunicar con usted:  
( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**2. ¿Cuál es el nombre de la persona que usted piensa que fue tratada injustamente?**

Nombre de la persona que usted piensa fue tratada injustamente			Fecha de nacimiento		
_____			_____/_____/_____		
Apellido	Nombre	Inicial	Mes	Día	Año
Dirección postal completa:			Número de Seguro Social:		
N.º de casa y nombre de la calle, Rural Route, n.º de departamento, n.º de lote, PO Box, etc.			_____		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono durante el día ( )		
			Teléfono durante la noche ( )		

**3. ¿Quién piensa usted que trató de manera injusta a esta persona?**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - o - (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**4. Díganos los hechos sobre el trato injusto.**

Marque la casilla o casillas que usted piensa fueron el motivo del trato injusto.

Raza  Color  Lugar de nacimiento  Idioma hablado  Sexo

Religión  Creencias  Edad  Discapacidad

¿Cuál fue la fecha en que tuvo lugar el trato injusto? \_\_\_\_\_

¿Piensa usted que ha ocurrido otras veces?  Sí  No

Si respondió "sí", ¿en cuántas ocasiones? \_\_\_\_\_

¿Se ha quejado previamente de este problema y ha intentando que lo dejen de hacer?

Sí  No

Si respondió "sí", ¿con quién habló sobre eso? Nombre: \_\_\_\_\_

¿Cuándo habló con esa persona sobre eso? \_\_\_\_\_

¿Ha presentado esta queja con alguna otra agencia federal, estatal o local?  Sí  No

¿ha presentado esta queja ante un tribunal federal o estatal?  Sí  No

Si respondió "sí", marque todo lo que corresponda: Agencia federal  Tribunal federal

Agencia estatal  Tribunal estatal  Agencia local

Si respondió “sí”, díganos el nombre de la persona de contacto en la agencia/tribunal donde presentó la queja.

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia/tribunal \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**5. Díganos, en sus propias palabras, lo que ocurrió.** Si es necesario, puede adjuntar más hojas.

---

---

---

---

---

---

---

**Por favor abajo. Adjunte cualquier otra información que piense que podría ser útil.**

**Firme aquí X** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Si usted completó esta hoja para otra persona, firme aquí. X** \_\_\_\_\_

[Nota: si usted le ayudó a alguien completar esta queja, no tiene que firmar.]

**Escriba su nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Envíe estas páginas por correo a:** Bureau of TennCare  
Attn: Office of Non-discrimination Compliance  
310 Great Circle Rd.  
Nashville, TN 37243

**Si tiene preguntas, llame al (615) 507-6474 ó (llamada gratuita) 1-855-857-1673 para pedir ayuda.**

**ó**

**TTY: llamada gratuita 1-877-779-3103 para pedir ayuda.**

**Para obtener ayuda en otro idioma, llame a uno de los siguientes números:**

<u>Idioma</u>	<u>Llamada gratuita</u>
Árabe	1-800-758-1638
Bosnio	1-800-758-1638
Kurdish-Badinani	1-800-758-1638
Kurdish-Sorani	1-800-758-1638
Somalí	1-800-758-1638
Español	1-800-758-1638
Vietnamita	1-800-758-1638

**TennCare está no tolera el trato injusto por motivo de raza, color de la piel, idioma hablado, sexo, orientación sexual, religión, creencias, discapacidad/incapacidad o edad del individuo.**