

TENNCARE DISCRIMINATION COMPLAINT

لا تسمح القوانين الاتحادية وقوانين الولايات لبرنامج TennCare أن يقوم بالتمييز ضدك بسبب عرقك أو لونك أو مكان ميلادك، أو عجزك، أو عمرك، أو جنسك، أو دينك، أو أي فئة أخرى يحميها القانون. هل تعتقد أنك قد تعرضت للتمييز لهذه الأسباب؟ استخدم تلك الصفحات للإبلاغ عن أي شكوى إلى برنامج TennCare.

يتعين عليك الإجابة على المعلومات التي تحمل علامة نجمة (*). وإن احتجت إلى المزيد من المساحة لتخبرنا بما حدث، فاستخدم أوراق أخرى وارسلها مع شكوتك.

1. * اكتب اسمك وعنوانك.

الاسم: _____

العنوان: _____

الرمز البريدي _____

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

البريد الإلكتروني: _____

اسم منظمة الرعاية المدارة إخطة الصحة: _____

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

إن كانت الإجابة نعم، فمن هو الشخص تعرض للتمييز بسبب العرق، أو اللون، أو مكان الميلاد، أو العجز/الإعاقة، أو العمر، أو الجنس، أو الدين، أي فئة أخرى يحميها القانون؟

الاسم: _____

العنوان: _____

الرمز البريدي _____

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

ما هي صلتك بذلك الشخص (زوجة، أخ، صديق)؟ _____

اسم منظمة الرعاية المدارة إخطة الصحة الخاصة بذلك الشخص: _____

3. * أي جزء من برنامج TennCare تعتقد أنه قام بالتمييز ضدك:

الخدمات الطبية _____ خدمات طب الأسنان _____ الخدمات الصيدلانية _____ الصحة السلوكية _____
الدعم والخدمات طويلة المدى _____ خدمات الأهلية _____ الالتصاقات _____

4. * كيف تعرضت للتمييز؟ هل كان بسبب

عرقك _____ مكان ميلادك _____ لونك _____ عمرك _____

عجزك _____ دينك _____ سبب آخر _____

5. ما هو أنسب وقت للتحدث إليك بشأن هذه الشكوى؟

6. * متى حدث ذلك لك؟ هل تعلم التاريخ؟

تاريخ بداية الحدث: _____ تاريخ آخر مرة حدث ذلك: _____

7. يتعين عليك الإبلاغ عن الشكوى قبل 6 أشهر من تاريخ اليوم الذي تعرضت فيه للتمييز.

يجوز لك الحصول على أكثر من 6 أشهر للإبلاغ عن الشكوى إذا كانت هناك أسباب قوية لانتظار كل هذه الفترة (مثل حالة وفاة في عائلتك أو مرض ما).

8. * ما الذي حدث؟ كيف ولماذا تعتقد أن ذلك حدث؟ من قام بذلك؟ هل تعتقد أن أي هناك شخص آخر تعرض للتمييز؟ يمكنك الكتابة على المزيد من الورق وإرساله مع هذه الصفحات إذا احتجت لمزيد من المساحة.

9. هل هناك شاهد على ذلك التمييز؟ إن كان الأمر كذلك، يرجى إخبارنا بـ:

الهاتف

العنوان

الاسم

10. هل لديك مزيد من المعلومات تريد أن نطلعنا عليها؟

11. * لا يمكننا استلام شكوى غير موقعة. يرجى كتابة اسمك والتاريخ على السطر أدناه. هل تعد ممثلاً مخولاً للشخص الذي تظن أنه تعرض للتمييز؟ يرجى توقيع اسمك أدناه. وبصفتك الممثل المخول، فلا بد أن يكون لديك دليل على أنه يمكنك التصرف نيابة عن ذلك الشخص. إذا كان المريض أصغر من 18 عام، فيتعين على الوالد و الوصي التوقيع للقاصر. **بيان: أوافق على أن المعلومات المتضمنة في تلك الشكوى حقيقية وصحيحة وأعطي برنامج TennCare موافقتي للتحقيق في شكوتي؟**

(وقع اسمك هنا إن كنت أنت الشخص الذي تتعلق به هذه الشكوى) (التاريخ)

(وقع هنا إن كنت الممثل المخول) (التاريخ)

هل تبلغ عن هذه الشكوى لشخص آخر ولكنك لست الممثل المخول للشخص؟ يرجى توقيع اسمك بالأسفل. يتعين على الشخص الذي تبلغ عن هذه الشكوى له التوقيع أعلاه أو إخبار خطة الصحة الخاصة بها/بها أو برنامج TennCare بأنه لا يوجد مانع من قيامك بالتوقيع لها. **بيان: أوافق على أن المعلومات المتضمنة في تلك الشكوى حقيقية وصحيحة وأعطي برنامج TennCare موافقتي للاتصال بي بشأن تلك الشكوى.**

(وقع هنا إن كنت تبلغ عن هذه الشكوى من أجل شخص آخر) (التاريخ)

هل أنت مساعد من برنامج TennCare أو خطة الصحة منظمة الرعاية المدارة التي تساعد العضو بنية طيبة لملء تلك الشكوى؟ إن كان الأمر كذلك، يرجى التوقيع بالأسفل:

(وقع هنا إن كنت مساعد من TennCare أو من خطة الصحة منظمة الرعاية المدارة) (التاريخ)

لا يوجد مانع من الإبلاغ عن أي شكوى لخطة الصحة منظمة الرعاية المدارة الخاصة بك أو برنامج TennCare. ويتم التعامل مع المعلومات المتضمنة في تلك الشكوى بسرية. ولا يتم مشاركة الأسماء وأي معلومات أخرى بشأن الأشخاص المستخدمين في تلك الشكوى إلا عند الحاجة. يرجى إرسال اتفاق الكشف عن المعلومات موقفاً مع شكوتك. وفي حال تقديمك لتلك الشكوى نيابة عن شخص آخر، فيتعين على هذا الشخص توقيع اتفاق الكشف عن المعلومات وإرساله مع تلك الشكوى. احتفظ بنسخة من كل شيء ترسله. يرجى إرسال بريد أو بريد إلكتروني بالشكوى الموقعة والكاملة وصفحات اتفاق الكشف عن المعلومات الموقع لنا على:

TennCare, Office of Civil Rights Compliance
310 Great Circle Road; Floor 3W • Nashville, TN 37243
615-507-6474 or for free at 855-857-1673 (TRS 711)
HCFA.fairtreatment@tn.gov

كما يمكنك الاتصال بنا إن احتجت للمساعدة بخصوص تلك المعلومات.

اتفاقية برنامج TennCare للإفصاح عن المعلومات

قد يحتاج برنامج TennCare من أجل التحقيق في شكاوك إلى إطلاع أشخاص آخرين أو مؤسسات أخرى ذات أهمية بالنسبة لهذه الشكوى على اسمك أو معلومات أخرى عنك.

لتعجيل التحقيق في شكاوك، احرص على قراءة نسخة من اتفاقية الإفصاح عن المعلومات هذه وتوقيعها وإرسالها بالبريد مع شكاوك. ويُرجى الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

• أفهم أنه أثناء التحقيق في شكاوي، يجوز لبرنامج TennCare مشاركة اسمي أو تاريخ ميلادي أو معلومات المطالبات أو المعلومات الصحية أو غيرها من المعلومات المتعلقة بي مع أشخاص آخرين أو مؤسسات أخرى. وقد يحتاج برنامج TennCare إلى جمع هذه المعلومات عنك من بعض الأشخاص أو المؤسسات. فعلى سبيل المثال، إذا اشتكيت من أن طبيبي قد عاملني بطريقة مختلفة بسبب لوني، فقد يحتاج برنامج TennCare إلى التحدث إلى طبيبي والحصول على سجلاتي الطبية.

• لست مُلزماً بالموافقة على الإفصاح عن اسمك أو أي معلومات أخرى. فقد لا تكون هذه المعلومات ضرورية في جميع الأوقات من أجل التحقيق في شكاوك. وإذا لم توقع على اتفاقية الإفصاح، فسنستمر في محاولة التحقيق في شكاوك. لكن يُرجى العلم أنه إذا لم توافق على السماح لنا باستخدام اسمك أو تفاصيل أخرى، فقد يؤدي ذلك إلى تقييد أو إيقاف التحقيق في شكاوك. وقد نضطر إلى إغلاق حالتك. قبل إغلاق حالتك بسبب عدم توقيعك على اتفاقية الإفصاح، قد نتصل بك لمعرفة ما إذا كنت تريد توقيع اتفاقية إفصاح حتى يتسنى مواصلة التحقيق.

إذا كنت تقدم هذه الشكوى نيابة عن شخص آخر، فإننا بحاجة إلى توقيع هذا الشخص على اتفاقية الإفصاح عن المعلومات. هل توقع على هذه الاتفاقية بصفتك ممثلاً مفوضاً؟ في هذه الحالة، يجب عليك أيضاً أن تقدم لنا نسخة من وثائق تعيينك كممثل مفوض.

بالتوقيع على اتفاقية الإفصاح عن المعلومات هذه، أوافق على أنني قد قرأت وفهمت حقوقي المكتوبة أعلاه. كما أوافق على السماح لبرنامج TennCare بمشاركة اسمي أو معلومات أخرى عني مع أشخاص آخرين أو مؤسسات أخرى مهمة بالنسبة لهذه الشكوى أثناء التحقيق وحتى الوصول إلى النتيجة.

تسري اتفاقية الإفصاح عن المعلومات هذه حتى الوصول إلى النتيجة النهائية لشكاوك. ويمكنك إلغاء الاتفاقية في أي وقت عن طريق الاتصال ببرنامج TennCare أو مراسلته كتابياً ولن يؤدي ذلك إلى إلغاء شكاوك. في حالة إلغاء الاتفاقية، لا يمكن منع المعرفة بالمعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الاسم (يُرجى الكتابة بحروف واضحة):

العنوان: _____

الهاتف: _____

هل تريد تقديم شكوى؟ يُرجى إرسال نموذج شكوى مُستوفى وموقع واتفاقية إفصاح عن المعلومات موقعة بالبريد إلى:

هاتف: 1-615-507-6474 أو مجانًا عبر 1-855-857-1673 (خدمة ترحيل

TennCare OCRC

الاتصالات 711)

بريد إلكتروني: HCFA.fairtreatment@tn.gov

310 Great Circle Road, 3W

Nashville, TN 37243

Do you need free help with this letter?

If you speak a language other than English, help in your language is available for free. This page tells you how to get help in a language other than English. It also tells you about other help that's available.

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: ئەگەر بە زمانی کوردی قەسە دەکەیت، خزمەتگوزاریه‌کانی یارمەتی زمان، بەخۆرای، بۆ تۆ بەردەستە. پەیوەندی به
1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298) بکە.

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

ማሳሰቢያ: 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, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. 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 निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ। फोन गर्नुहोस् 1-855-259-0701 (टिटिवाइ: 1-800-848-0298)।
Persian:	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم میباشند. با 1-855-259-0701 (TTY: 1-800-848-0298) تماس بگیرید.

- هل تحتاج إلى مساعدة في التحدث إلينا أو قراءة ما نرسله إليك؟
- هل تعاني من إعاقة وتحتاج إلى المساعدة في الحصول على الرعاية أو المشاركة في أحد برامجنا أو خدماتنا؟
- أو هل لديك أسئلة أخرى بشأن رعايتك الصحية؟

اتصل بنا مجاناً على **1-855-259-0701**. يمكننا توصيلك بالمساعدة المجانية أو الخدمة التي تحتاجها.
(للاتصال عبر الهاتف النصي (TTY): **1-800-848-0298**)