



## QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Las leyes federales y estatales no permiten que el Programa CoverKids lo trate de manera diferente por su raza, color, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo y religión. ¿Cree que ha sido tratado de manera diferente por su **raza, color, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo o religión**? Utilice estas páginas para presentar una queja a su Programa CoverKids.

La información marcada con un asterisco (\*) debe incluirse en la queja. Si necesita más espacio para informarnos lo que pasó, utilice hojas de papel y envíelas por correo con su queja.

1.\* Escriba su nombre y dirección.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Teléfono residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono laboral o celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

2.\* ¿Presenta esta queja en nombre de otra persona?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es Sí, ¿quién cree que ha sido tratado de manera diferente por su **raza, color, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo y religión**?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Teléfono residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono laboral o celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con esta persona? (esposa, hermano, amigo, etc.) \_\_\_\_\_

3.\* El Programa que lo trató de manera diferente:

CoverKids \_\_\_\_\_

4.\* ¿De qué forma considera que fue tratado de manera diferente? Se debió a su:

Raza \_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_ Color \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_

Edad \_\_\_\_ Discapacidad \_\_\_\_ Religión \_\_\_\_

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es el mejor momento para comunicarnos con usted en relación con esta queja?

\_\_\_\_\_

6.\* ¿Cuándo sucedió esto? ¿Sabe la fecha?

Fecha en que comenzó: \_\_\_\_\_

Fecha en que ocurrió por última vez: \_\_\_\_\_

7. Las quejas deben informarse antes de los 180 días (6 meses) desde la fecha en que usted considera que lo trataron de una manera diferente. Puede tener más de 180 días para presentar su queja si hay una buena razón por la que decidió esperar.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8.\* Cuéntenos lo que ocurrió, cómo ocurrió y por qué cree que pasó. ¿Quién lo hizo? ¿Hubo otra persona tratada de una manera diferente? Puede usar más papel para incluir información y enviarlo junto con estas páginas si necesita más espacio.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. ¿Alguien vio que usted fuera tratado de manera diferente? Si es así, indique su:

Nombre

Dirección

Teléfono

\_\_\_\_\_

10. ¿Tiene más información que desee proporcionarnos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11.\* No podemos aceptar una queja que no esté firmada. Escriba su nombre y la fecha en la línea de abajo. ¿Es el representante personal de la persona que piensa que fue tratada de manera diferente? Firme con su nombre abajo. Como representante personal, usted debe adjuntar una copia del documento legal que le da el derecho a actuar en nombre de esta persona. **Declaración:** *Acepto que la información que se incluye en esta queja es verdadera y precisa, y se proporciona para que CoverKids investigue mi queja.*

\_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

(Firme con su nombre aquí si usted es la persona a nombre de quien se presenta esta queja)

\_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

(Escriba su nombre aquí si usted es el representante personal)

¿Presenta esta queja en nombre de otra persona pero **no** es el representante personal de la persona? Firme aquí. La persona a nombre de quien presenta esta queja **también** debe firmar en la línea anterior o deberá informarle a DentaQuest o su Programa CoverKids que acepta que se firme en su nombre. **Declaración:** *Acepto que la información que se incluye en esta queja es verdadera y precisa, y se proporciona para que CoverKids investigue mi queja.*

\_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_  
(Firme aquí si presenta esta queja en nombre de otra persona)

Es correcto presentar una queja a DentaQuest o CoverKids. La información que se incluye en esta queja se trata de forma confidencial. Los nombres u otra información acerca de personas que se incluyen en la presente queja se comparten solo cuando sea necesario. Envíe un Acuerdo para divulgar información firmado junto con su queja. Si usted presenta esta queja en nombre de otra persona, dicha persona debe firmar un Acuerdo para divulgar información y enviarlo por correo junto con esta queja. Envíe por correo el Formulario de quejas completo y firmado, **y** el Acuerdo para divulgar información firmado a:

Office of Non-Discrimination Compliance, CoverKids Programs  
Division of Health Care Finance and Administration  
310 Great Circle Road, 4<sup>th</sup> Floor  
Nashville, TN 37243

Asegúrese de tener una copia de todo lo que envía y de conservarla para sus registros.

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda? Llame al (855) 286-9085 (número gratuito) para obtener ayuda. Para TTY / TDD marque 711 y pedir 855-286-9085. ¿Necesita ayuda para una llamada en otro idioma?

العربية (árabe); Bosanski (bosnio); كوردی — بادینانی (kurdo badinani);  
کوردی — سۆرانی (kurdo sorani); Soomaali (somali); Người Việt (vietnamita)

**Obtenga ayuda con el idioma de forma gratuita llamando al (800) 758-1638**

DentaQuest  
TN CoverKids  
Attn: Customer Service  
12121 North Corporate Parkway  
Mequon, WI 53092  
Atención al Cliente: 1-888-291-3766 o TTY/TDD: 1-800-466-7566



**Acuerdo para divulgar información**

Para investigar su queja, su Programa CoverKids y DentaQuest pueden necesitar informarles su nombre u otra información acerca de usted a otras personas o agencias importantes para que se resuelva esta queja.

**Para acelerar la investigación de su queja, lea, firme y envíe por correo una copia de este Acuerdo para divulgar información junto con su queja. Conserve una copia.**

- Entiendo que durante la investigación de mi queja, el Programa CoverKids y DentaQuest pueden tener que informarles mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o entidades. Por ejemplo, si informo que mi dentista me ha tratado de manera diferente debido a mi edad, es posible que CoverKids deba hablar con mi dentista.
- Usted no tiene que aceptar que se divulgue su nombre u otra información. Esto no siempre es necesario para investigar su queja. Sin embargo, si usted no acepta permitirnos que usemos su nombre u otros detalles, esto puede hacer que se suspenda la investigación de su queja. Y, tal vez, tengamos que cerrar su caso.

Si usted presenta esta queja en nombre de otra persona, necesitamos que esa persona firme el Acuerdo para divulgar información. ¿Usted firma el presente como representante personal? Entonces, también debe darnos una copia de los documentos legales donde se lo nombra como representante personal.

**Al firmar este Acuerdo para divulgar información, acepto que he leído y entiendo mis derechos descritos anteriormente. Acepto que el Programa CoverKids informe mi nombre o cualquier otra información sobre mí a otras personas o agencias importantes para que se resuelva esta queja durante la investigación y los resultados.**

**Al firmar este Acuerdo para divulgar información, acepto que he leído y entiendo mis derechos descritos anteriormente. Acepto que DentaQuest informe mi nombre o cualquier otra información sobre mí a otras personas o agencias importantes para que se resuelva esta queja durante la investigación y los resultados.**

Este Acuerdo para divulgar información estará en vigencia hasta que se logre el resultado final de su queja. Usted puede revocar su acuerdo en cualquier momento llamando o escribiendo al Programa CoverKids o DentaQuest sin cancelar su queja. Si revoca su acuerdo, no se podrá ignorar la información ya compartida.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda? Llame a:

El Programa CoverKids al: (888) 291-3766 (número gratuito). TDD/TTY: Número gratuito (800) 466-7566. Para obtener ayuda en otro idioma llame:

العربية (árabe); Bosanski (bosnio); كوردی — یادینانی (kurdo badinani);  
کوردی — سۆرانی (kurdo sorani); Soomaali (somali); Người Việt (vietnamita)  
(800) 758-1638

O bien

DentaQuest  
TN CoverKids  
Attn: Customer Service  
12121 North Corporate Parkway  
Mequon, WI 53092

Atención al Cliente: 1-888-291-3766 o TTY/TDD: 1-800-466-7566