

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 _____
الدعم والخدمات طويلة المدى _____ خدمات الأهلية _____ الالتماسات _____

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 للناصر. **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 أوبرنامج 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.

TennCare Agreement to Release Information

للتحقيق في شكوتك، قد يحتاج برنامج TennCare أو خطة الصحة منظمة الرعاية المدارة الخاصة بك لإخبار الأشخاص الآخرين أو الوكالات الضروريين لتلك الشكوى عن اسمك أو معلومات أخرى عنك.

لتسريع التحقيق في شكوتك، برجاء قراءة، وتوقيع، وإرسال بريد بنسخة من اتفاق الكشف عن المعلومات مع شكوتك. برجاء الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

- أدرك أنه أثناء التحقيق في شكوتي، قد يحتاج برنامج TennCare و _____ (اكتب اسم خطة الصحة منظمة الرعاية المدارة الخاصة بك على السطر) لإخبار الأشخاص باسمي أو معلومات أخرى بشأني لأشخاص أو وكالات أخرى. على سبيل المثال، في حال إبلاغي أنني قد تعرضت للتمييز من طبيبي بسبب لوني، فقد تحتاج خطة الصحة منظمة الرعاية المدارة الخاصة بي إلى التحدث مع طبيبي.
- لا يتعين عليك الموافقة على الكشف عن اسمك أو معلومات أخرى. لا يلزم دائماً التحقيق في شكوتك. إذا لم توقع على الكشف، فسنتظر نحاول التحقيق في شكوتك. ولكن، إذا لم توافق على السماح لنا باستخدام اسمك أو تفاصيل أخرى، فقد يحد هذا أو يوقف التحقيق في شكوتك. وقد نضطر إلى إغلاق حالتك. ومع ذلك، قبل أن نغلق حالتك إذا لم يعد ممكناً التحقيق في شكوتك لأنك لم توقع على الكشف، فقد نتصل بك لمعرفة ما إذا كنت ترغب في التوقيع على الكشف لكي يستمر التحقيق.

إذا كنت تتقدم بتلك الشكوى من أجل شخص آخر، فلا بد لذلك الشخص أن يوقع على اتفاق الكشف عن المعلومات. هل توقع على هذه بصفتك ممثل مخول؟ فعليك أيضاً أن تعطينا نسخة من الوثائق التي تعد بموجبها ممثلاً مخولاً.

عند توقيع اتفاق الكشف عن المعلومات، أوافق على أنني قد قرأت وفهمت حقوقي المنصوص عليها أعلاه. وأوافق على أن يخبر برنامج TennCare الناس باسمي أو أي معلومات أخرى عني لأشخاص أو وكالات أخرى ضروريين لتلك الشكوى خلال التحقيق والنتائج.

عند توقيع اتفاق الكشف عن المعلومات، أوافق على أنني قد قرأت وفهمت حقوقي المنصوص عليها أعلاه. أوافق على أن تخبر خطة الصحة منظمة الرعاية المدارة الخاصة بي الناس باسمي أو أي معلومات أخرى عني لأشخاص أو وكالات أخرى ضروريين لتلك الشكوى خلال التحقيق والنتائج.

بعد اتفاق الكشف عن المعلومات موضع تنفيذ حتى النتيجة النهائية لشكوتك. بإمكانك إلغاء اتفاقك في أي وقت من خلال الاتصال أو مراسلة TennCare أو خطة الصحة منظمة الرعاية المدارة الخاصة بك بدون إلغاء شكوتك. وإذا قمت بإلغاء ذلك الاتفاق، فلا يمكن للمعلومات التي تمت مشاركتها بالفعل أن تعود مجهولة.

التوقيع: _____ التاريخ: _____

الاسم (برجاء الطباعة): _____

العنوان: _____

الهاتف: _____

تحتاج للمساعدة؟ هل تريد الإبلاغ عن أي شكوى؟ برجاء الاتصال أو إرسال بريد يحتوي على الشكوى الموقعة والكاملة واستمارة اتفاق الكشف عن المعلومات الموقع إلى العنوان التالي:

TennCare OCRC

310 Great Circle Road, 3W

Nashville, TN 37243

البريد الإلكتروني: HCFA.fairtreatment@tn.gov

الهاتف: 1-615-507-6474 أو على الهاتف المجاني : 1-855-857-1673

لخدمة ترحيل الاتصالات TRS ، اطلب 711 ثم اسأل عن 855-857-1673