

## **Formulario de queja por discriminación de TennCare**

Las leyes federales y estatales no permiten que el programa TennCare lo trate de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, religión o cualquier otro grupo protegido por la ley. ¿Cree que ha sido tratado de manera diferente por estos motivos? Use estas páginas para presentar una queja a TennCare.

Se debe responder la información marcada con un asterisco (\*). Si necesita más espacio para decirnos lo que sucedió, use otras hojas de papel y envíelas por correo postal junto con su queja.

**1.\* Escriba su nombre, fecha de nacimiento, dirección de correo electrónico, número de teléfono, dirección y nombre del plan de salud.**

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

En caso afirmativo, ¿quién cree que fue tratado de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, religión o cualquier otro grupo protegido por la ley? Díganos su nombre, fecha de nacimiento, dirección de correo electrónico, número de teléfono, dirección, nombre del plan de salud y su relación con esta persona (cónyuge, padre/madre, amigo):

**3.\* ¿Qué parte del programa TennCare cree que lo trató de una manera diferente?**

¿Se trató de servicios médicos, servicios dentales, servicios de farmacia, salud conductual, servicios y apoyos a largo plazo, servicios de elegibilidad, apelaciones u otra área?

**4.\*¿En qué forma lo trataron de manera diferente?**

¿Fue su raza, nacionalidad, color, sexo, edad, discapacidad, religión u otro grupo?

**5. ¿Cuál es el mejor momento para hablar con usted sobre esta queja?**

**6.\* ¿Cuándo le sucedió esto?**

¿Conoce la fecha? ¿Cuándo comenzó y cuándo fue la última vez que sucedió?

**7. Las quejas deben presentarse dentro de los 6 meses a partir de la fecha en la que usted considera que fue tratado de manera diferente.**

Es posible que tenga más de 6 meses para presentar su queja si existe una buena razón (como una muerte en su familia o una enfermedad) por la que esperó.

**8.\* ¿Qué sucedió?**

¿Cómo y por qué cree que sucedió? ¿Quién lo hizo? ¿Cree que alguien más fue tratado de una manera diferente? Puede escribir en otro papel y enviarlo con estas páginas si necesita más espacio.

**9. ¿Alguien vio que lo trataran de manera diferente?**

Si la respuesta es sí, díganos su nombre, dirección y número de teléfono.

**10. ¿Tiene más información que quiera contarnos?**

**11.\* No podemos aceptar una queja que no esté firmada.**

Escriba su nombre y la fecha a continuación. ¿Es usted el representante autorizado de la persona que cree que fue tratada de manera diferente? Firme con su nombre a continuación. Como representante autorizado, debe tener una prueba de que puede actuar en nombre de esta persona. Si el paciente es menor de 18 años, uno de los padres o el tutor debe firmar en nombre del menor. Declaración: acepto que la información contenida en esta queja es verdadera y correcta y doy mi consentimiento para que TennCare investigue mi queja.

¿Está presentando esta queja en nombre de otra persona pero no es el representante autorizado de esa persona? Firme con su nombre a continuación. La persona para la que está presentando esta queja debe firmar arriba o debe informar a su plan de salud o a TennCare que está bien que firme en su nombre. Declaración: acepto que la información de esta queja es verdadera y correcta, y doy mi autorización para que TennCare se comuniquen conmigo en relación con esta queja.

¿Es usted un ayudante de TennCare o de MCO/el plan de salud que ayuda al miembro de buena fe a completar la queja? Si es así, firme a continuación:

Está bien informar sobre un reclamo a su organización de atención médica administrada (Managed Care Organization, MCO)/Plan de salud o programa TennCare. La información en este reclamo se tratará de manera privada. Los nombres u otra información sobre las personas utilizados en este reclamo se compartirán solo cuando fuese necesario. Envíe por correo una página del Acuerdo de divulgación de información firmada con su queja. Si está presentando esta queja en nombre de otra persona, solicite a esa persona que firme la página del Acuerdo de divulgación de información y envíela por correo junto con esta queja. Conserve una copia de todo lo que envíe. Envíenos por correo postal o correo electrónico la queja completa y firmada y las páginas firmadas del Acuerdo de divulgación de información a la siguiente dirección:

TennCare, [Office of Civil Rights Compliance](#)  
310 Great Circle Road; Floor 3W • Nashville, TN 37243  
615-507-6474 o al número gratuito 855-857-1673 (TRS 711)  
[HCFA.Fairtreatment@tn.gov](mailto:HCFA.Fairtreatment@tn.gov)

También puede llamarnos si necesita ayuda con esta información.

## Acuerdo de divulgación de información

Para investigar su reclamo, es posible que TennCare deba informar a otras personas u organizaciones importantes su nombre u otra información sobre usted.

Para acelerar la investigación de su reclamo, lea, firme y envíe por correo postal una copia de este Acuerdo de divulgación de información junto con él. Guarde una copia para usted.

- Comprendo que durante la investigación de mi reclamo, es posible que TennCare deba compartir mi nombre, fecha de nacimiento, información sobre reclamaciones, información médica u otra información sobre mí con otras personas u organizaciones. Igualmente, es posible que TennCare deba recopilar esta información sobre usted a través de personas u organizaciones. Por ejemplo, si denuncié que mi médico me trató de una manera diferente debido a mi color, es posible que TennCare deba hablar con mi médico y recopilar mis registros médicos.
- Usted no estará obligado a aceptar la divulgación de su nombre u otra información. No siempre será necesario investigar su reclamo. Si no firma la autorización de divulgación, igualmente intentaremos investigar su reclamo. Si no acepta permitirnos usar su nombre u otros datos, la investigación de su reclamo se podrá ver limitada o suspendida. Es posible que tengamos que cerrar su caso. Antes de cerrar su caso por el hecho de que usted no firmó la autorización de divulgación, podremos comunicarnos con usted para averiguar si desea firmar una autorización de divulgación para que la investigación pueda continuar.

Si usted presenta este reclamo en nombre de otra persona, necesitaremos que esa persona firme el Acuerdo de divulgación de información. ¿Está firmando este documento como representante autorizado? Entonces, también deberá proporcionarnos una copia de los documentos que lo designan a usted como el representante autorizado.

Al firmar este Acuerdo de divulgación de información, acepto que he leído y comprendo los derechos que se mencionaron anteriormente. Acepto que TennCare comparta mi nombre u otra información sobre mí con otras personas u organizaciones que sea importante para este reclamo durante la investigación y el resultado del mismo.

Este Acuerdo de divulgación de información tendrá vigencia hasta el resultado final de su reclamo. Usted podrá cancelar su acuerdo en cualquier momento llamando o escribiendo a TennCare sin cancelar su reclamo. Si cancela el acuerdo, no se podrá eliminar por completo la información que ya se haya compartido. **Escriba su nombre y la fecha, e indíquenos su dirección y número de teléfono aquí:**