

طرز العمل‌های شکایت برای جوانان و خانواده هایی که از ارائه دهندگان شبکه TERM خدمات دریافت می کنند

متقاضیانی که توسط بخش بهزیستی کودک و خانواده (County Child and Family Well-Being, CFWB) کاونتی سان دیگو و San Diego نظارت بر شخص زیر سن قانونی کاونتی سن دیگو برای ارزیابی صحت روان معرفی شده اند، و متقاضیانی که توسط CFWB برای درمان صحت روان معرفی می شوند، خدمات را از طریق شبکه ارائه دهندگان مدیریت منابع درمان و ارزیابی Optum (Treatment and Evaluation Resource Management, TERM) دریافت میکنند. به عنوان یک متقاضی، شما حق دارید این خدمات را از یک ارائه دهنده صحت روانی واجد شرایط دریافت کنید. اگر مشکلی در مراقبت از شما پیش بیاید، شما همچنین این حق را دارید که نگرانی های خود را بیان کنید—برای مثال، از رفتار خود ناراضی هستید یا احساس می کنید با شما بی احترامی شده است.

شکایت‌ها چیست؟

شکایت‌ها بیانگر نارضایتی از خدمات هستند. با ارائه شکایت‌نامه، شما می توانید درخواست بررسی نگرانی های خود در مورد مراقبت های بهداشت روانی که دریافت می کنید را داشته باشید.

راه هایی برای حل مشکل تان

اگر نگران خدماتی هستید که از یک ارائه دهنده شبکه TERM دریافت می کنید، سادهترین و سریعترین راه برای حل مسائل، اغلب صحبت مستقیم با ارائه‌دهنده یا کارمند خدمات حفاظتی CFWB یا افسر ناظر است. همچنین می توانید از پروسه حل و فصل شکایت Optum TERM برای کمک به رفع نگرانی های خود با ثبت شکایت استفاده کنید.

چگونه می توانم شکایت را ثبت کنم؟

- به صورت کتبی – **فورم شکایت ارائه دهنده TERM برای جوانان و خانواده ها** که در وب سایت Optum www.optumsandiego.com موجود است، را پر کنید (وقتی به وب سایت رفتید، ماوس را روی منابع ارائه دهنده BHS ببرید، روی «ارائه دهندگان TERM» کلیک کنید و سپس برگه شکایات را انتخاب کنید). رهنمود در مورد نحوه فکس یا ارسال فرم به Optum در فورم گنجانده شده است.

- از طریق تلفن - برای کمک، لطفاً با شماره 1-877-824-8376، گزینه 1 تماس بگیرید.

حقوق شما در این پروسه

- به دلیل ثبت شکایت از تبعیض یا مجازات آزاد باشید
- برای اینکه از محرمانه بودن شما محافظت شود
- به زبانی که قابل درک باشد با شما با وقار و احترام رفتار شود

کمک در پروسه

برای کمک به ثبت شکایت در مورد خدمات صحت روان توسط ارائه‌دهنده شبکه TERM، لطفاً با شماره 1-877-824-8376 تماس بگیرید و گزینه 1 را انتخاب کنید.

دینفعان MEDI-CAL

اگر شما یک دینفع Medi-Cal هستید، ممکن است بخواهید با مرکز مصرف کنندگان برای آموزش بهداشت و حمایت (Center for Health Education and Advocacy, CCEA)، برنامه ای که توسط Legal Aid Society of San Diego, Inc مدیریت میشود، تماس بگیرید.

آدرس: 1764 San Diego Avenue, Suite 200
تلفون (رایگان): 877-734-3258
TTY: 877-735-2929
سایت اینترنتی: www.lassd.org

CCHEA برای کمک به حقوق مصرف کننده زیر در دسترس است*:

- خدمات را از متخصصان واجد شرایط دریافت کنید
- اطلاعاتی در مورد خود را محرمانه نگه دارید
- اطلاعاتی در مورد مراقبت و خدمات خود، از جمله انتخاب ها، را دریافت کنید
- در تصمیم گیری در مورد مراقبت و خدمات خود مشارکت داشته باشید
- با شما منصفانه رفتار شود و از حقوق شما محافظت شود
- بدون ترس از انتقام در مورد خدمات خود شکایت کنید
- اگر خدمات شما رد شوند، کاهش یابند یا متوقف شوند، درخواست تجدیدنظر دهید

*داونلود شده از LASSD 4/24/24
<https://www.lassd.org/cchea-brochure/>

سایر نگرانی های پرونده

اگر جوان یا عضوی از خانواده هستید که نگران یک مددکار اجتماعی یا سایر نگرانی های مربوط پرونده هستید، لطفاً ابتدا با سرپرست/مدیر تماس بگیرید. در صورت نیاز به کمک بیشتر، می توانید با دفتر بازرسی در بخش رفاه کودکان و خانواده آژانس خدمات بهداشتی و انسانی کاونتی San Diego به شماره 619-338-2098 تماس بگیرید.

دفتر بازرسی:

- سیاست ها و رویه ها را برای کمک به حل و فصل شکایات تحقیق می کند
- شکایات مربوط به رفاه کودکان و خانواده را ثبت و نظارت می کند
- بررسی های داخلی شکایات مربوط به خطمشی، رویه ها و عملکرد مددکاری اجتماعی را انجام می دهد
- حل شکایات را به شیوه ای بی طرفانه و عینی تسهیل می کند
- یافته ها و توصیه ها را به مدیریت میرساند تا اطمینان حاصل شود که پالیسی ها و اقدامات با قوانین ایالتی و فدرال مطابقت دارند و با مأموریت و اهداف «رفاه کودک و خانواده» مطابقت دارند
- اطلاعاتی را ارائه می دهد و به سوالات مربوط به CFWB پاسخ می دهد، و اطلاعات منابعی را در مورد آژانس ها و/یا خدمات غیر CFWB ارائه می دهد.

فرم شکایت ارائه دهنده TERM
برای استفاده جوانان و خانواده های آنها
هنگام دریافت خدمات توسط ارائه دهندگان *TERM

لطفا این فرم را پر کنید. می توان آن را تایپ یا دست نویس کرد. این فرم برای ثبت شکایت الزامی نیست. هرچه اطلاعات بیشتری بتوانید ارائه دهید، بررسی و حل سریع شکایت آسان تر خواهد بود. ممکن است کارکنان Optum TERM برای اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیرند. تصمیم نهایی در مورد این شکایت با شما به اشتراک گذاشته خواهد شد، اما جزئیات محرمانه خواهد ماند.

لطفا فرم تکمیل شده را به Optum TERM ارسال کنید:

فکس: 877-624-8376

آدرس پستی: Optum TERM, PO Box 601340, San Diego, CA 92160-1340

یادداشت: شرکای حرفه ای و ذینفعان یک فرم شکایت جداگانه دارند. اگر کارمند CFWB هستید، لطفاً برای رهنمودهای مربوط به ثبت شکایت ارائه دهنده TERM به کتابچه راهنمای پالیسی CFWB مراجعه کنید.

معلومات مورد شما/INFORMATION ABOUT YOU

شماره تلفن (با کد منطقه)/Phone number (with area code):

اسم/Name:

ایمیل آدرس/E-mail address:

آدرس پستی/Mailing address:

رابطه شما با مشتری/Your relationship to the Client:

I am the client who received services. I am a (check one): /من مشتری هستم که خدمات دریافت می کنم. من (یکی را انتخاب کنید):

Parent/والدین هستم Youth/جوان

I am the biological parent of a youth who received the services that I have concerns about. /من والد بیولوژیکی جوانی هستم که خدماتی را دریافت کرده که من نگران آن هستم.

I am the caregiver of a youth who received the services that I have concerns about. /من مراقب جوانی هستم که خدماتی را دریافت کرده که در مورد آن نگرانی دارم.

I am the caregiver of a youth who received the services that I have concerns about. /من مراقب جوانی هستم که خدماتی را دریافت کرده که در مورد آن نگرانی دارم.

Non-related, extended family member/غیر خویشاوند، خویشاوند دور

Relative/خویشاوند I am a/من یک

Foster parent/والدین رضاعی هستم

نام مددکار اجتماعی بهزیستی کودک و خانواده یا افسر نظارت بر شخص زیر سن قانونی این کیس/
:Name of the Child and Family Well-Being social worker or Juvenile Probation Officer for this case

اطلاعات در مورد متقاضی/INFORMATION ABOUT CLIENT

تاریخ تولد/Date of birth:

نام متقاضی/Client's name:

خدمات درمانی یا ارزیابی بخشی از یک (یک یا هر دو را بررسی کنید)/

:Therapy or evaluation services were part of a (check one or both)

Juvenile Probation case/پرونده زیر سن قانونی CFWB case/CFWB پرونده

اطلاعات در مورد ارائه دهنده/INFORMATION ABOUT PROVIDER

شماره تلفن/Phone number:

نام ارائه دهنده/Provider's name:

آژانس (اگر ارائه دهنده در یک سازمان کار می کرد)/Agency (if provider worked in an organization):

نگرانی ها در مورد یک (یک یا هر دو را انتخاب کنید)/The concerns are about a (check one or both):

Therapist/درمانگر Evaluator who did a psychological evaluation/ارزیاب که یک ارزیابی روانشناختی انجام داد

فرم شکایت ارائه دهنده TERM
برای استفاده جوانان و خانواده های آنها
هنگام دریافت خدمات توسط ارائه دهندگان *TERM

یادداشت این فرم با ارائه دهنده به اشتراک گذاشته خواهد شد. در صورت ثبت شکایت، خدمات برای شما یا خانواده شما تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت. اگر نگران پیامدهای منفی هستید، می توانید با مددکار اجتماعی CFWB یا افسر نظارت بر شخص زیر سن قانونی تماس بگیرید. /
NOTE: This form will be shared with the provider. Services for you or your family will NOT be affected if you file a complaint. If you are concerned about negative consequences, you may contact the CFWB social worker or the Juvenile Probation Officer.

نگرانی های خود را در مورد خدمات دریافت شده توضیح دهید (در صورت نیاز صفحات اضافی را اضافه کنید) /
Explain your concerns :about the services that were received (add additional pages if needed)

یادداشت: لازم نیست قبل از ثبت شکایت، نگرانی ها را با ارائه دهنده حل کنید. با این حال، دانستن اینکه آیا سعی کرده اید در مورد این موضوعات بحث کنید، مفید است. /
NOTE: You do not have to try and resolve the concerns with the provider before filing a complaint. However, it is helpful to know if you have tried to discuss these issues.

آیا در مورد این نگرانی ها با ارائه دهنده صحبت کرده اید? /
Have you spoken to the provider about these concerns?/ بلی/Yes نخیر/No

اگر «بلی»، تاریخ (های) تماس را وارد کنید/ **If “Yes”, provide the date(s) of contact/**

آنچه را که در رابطه با نگرانی های خود و پاسخ ارائه دهنده به ارائه دهنده گفتید، بیان کنید /
:Describe what you told the provider regarding your concerns and the provider’s response

هر سندی را که می توانید به تشریح نگرانی های شما کمک کند، توضیح دهید /
:Describe any documentation you have that can help explain your concerns

آیا فکر می کنید Optum TERM قبلاً این سند را دارد? /
Do you think that Optum TERM already has this document? / بلی/Yes نخیر/No

اگر «نخیر»، لطفاً اسناد را با این فرم ارسال کنید. /
If “No”, please submit the documentation with this form./
اگر نمی توانید این معلومات را به اشتراک بگذارید، دلیل آن را توضیح دهید/ **:If you cannot share this information, explain why/**

لطفاً نام (ها) و شماره (های) تلفن افراد دیگر (ارائه دهندگان درمان، اعضای خانواده، شرکای حرفه ای) را که مایل به اشتراک گذاری اطلاعات اضافی با Optum TERM هستند، ارائه دهید. /
Please provide the name(s) and phone number(s) of other people (treatment providers, family members, professional partners) that are willing to share additional information with Optum TERM.

اسم شخص/ **Name of person/** شماره تلفن/ **Phone number/**

اسم شخص/ **Name of person/** شماره تلفن/ **Phone number/**

اسم شما (لطفاً واضح بنویسید) / **Your Name (please write clearly)/**

امضای شما / **Your Signature/**

تاریخ/ **Date/**

ظرف سه روز کاری اطلاعیه ای دریافت خواهید کرد که تأیید می کند Optum TERM شکایت را دریافت کرده است. /
You will receive notice within three working days confirming that Optum TERM received the complaint.