

إجراءات التظلم للشباب والأسر الذين تلقوا خدمات من موفري رعاية تابعين لشبكة إدارة العلاج وتقييم الموارد (TERM)

تلقى العملاء، الذين تمت إحالتهم من خلال إدارة خدمات رعاية الأطفال (CWS) بمقاطعة سان دييغو وإدارة مراقبة الأحداث لإجراء تقييم للصحة العقلية بمقاطعة سان دييغو، والعملاء، الذين تمت إحالتهم من خلال إدارة خدمات رعاية الأطفال CWS لتلقي علاج الصحة العقلية، خدمات من خلال الموفرين التابعين لشبكة إدارة العلاج وتقييم الموارد (TERM) التابعة لشركة Optum وباعتبارك أحد العملاء، فلك الحق في تلقي هذه الخدمات من موفر رعاية للصحة العقلية مؤهل. ولك الحق أيضًا في التعبير عن مخاوفك حال حدوث خطأ ما في أمور تتعلق برعايتك—على سبيل المثال، كنت غير راضٍ عن العلاج الذي تتلقاه أو شعرت بأنه تتم معاملتك بطريقة غير محترمة.

ما التظلمات؟

التظلمات هي تعبير عن عدم رضاك عن الخدمة. من خلال تقديم تظلم، يمكنك طلب مراجعة لمخاوفك بشأن الرعاية الصحية العقلية التي تلقيتها.

طرق لحل مشكلتك

إذا كانت لديك شكوى بخصوص الخدمات التي تتلقاها من موفر رعاية تابع لشبكة TERM، فإن الطريقة الأسهل والأسرع في معالجة الأمور هي غالبًا التحدث مباشرة مع موفر الرعاية أو مع موظف الخدمات الوقائية بإدارة CWS أو المشرف الاجتماعي. كما يمكنك استخدام عملية معالجة الشكاوى الخاصة بإدارة Optum TERM للمساعدة في معالجة مخاوفك من خلال تقديم تظلم.

كيف يمكنني تقديم تظلم؟

- كتابيًا – املاً نموذج الشكاوى لموفري الرعاية التابعين لإدارة TERM الخاص بالشباب والأسر الذي يتوفر على الموقع الإلكتروني لشركة Optum www.optumsandiego.com (بمجرد دخولك على الموقع، انقر على علامة تبويب العملاء والأسر (Consumers & Families) في الجزء العلوي من صفحة الويب). يتضمن النموذج الإرشادات لكيفية إرسال رسالة بالفاكس أو بالبريد الإلكتروني إلى Optum.
- من خلال الهاتف – للحصول على مساعدة، يُرجى الاتصال على رقم 1-877-824-8376، الخيار رقم 4.

حقوقك في العملية

- لا تتعرض للتمييز أو العقوبة بسبب تقديم التظلم
- تتم حماية معلوماتك السرية
- تتم معاملتك بتقدير واحترام وباللغة التي تفهمها

المساعدة في العملية

للحصول على مساعدة في ملء نموذج التظلم بشأن خدمات الصحة العقلية من خلال موفر رعاية تابع لشبكة TERM، يُرجى الاتصال على رقم 1-877-824-8376، واختر الخيار رقم 4.

المستفيدون من برنامج MEDI-CAL

إذا كنت أحد المستفيدين من برنامج Medi-Cal، فقد ترغب أيضًا في الاتصال بمركز العملاء للتثقيف الصحي والدعم (CCHEA)، وهو أحد البرامج الذي تتولى إدارته شركة Legal Aid Society of San Diego, Inc.

العنوان: 1764 San Diego Avenue, Suite 200

رقم الهاتف (المجاني): 877-734-3258

الهاتف النصي (TTY): 877-735-2929

فاكس: 619-471-2782

الموقع الإلكتروني: www.lassd.org

يتوفر مركز العملاء للتثقيف الصحي والدعم (CCHEA) للمساعدة في الحفاظ على حقوق العملاء التالية*:

- الحصول على الخدمات من الأخصائيين المؤهلين
- الحفاظ على معلوماتك سرية
- الحصول على معلومات بشأن الرعاية والخدمات، بما في ذلك الاختيارات
- الاشتراك في اتخاذ القرارات بشأن رعايتك وخدماتك
- حصولك على معاملة على نحو لائق معك وحماية حقوقك
- تقديم شكوى أو تظلم بشأن الخدمات دون الخوف من الانتقام
- يمكنك تقديم طعن إذا تم رفض خدماتك أو تقليلها أو توقفها

* تم التنزيل من الموقع الإلكتروني لـ LASSD 1/28/16

<http://www.thecentersd.org/pdf/health-advocacy/cchea-advocacy-brochure.pdf>

مخاوف تتعلق بحالات أخرى

إذا كنت شابًا أو فردًا من أفراد العائلة وكان لديك شعور بالقلق إزاء الأخصائي الاجتماعي أو مخاوف تتعلق بحالات أخرى، يمكنك الاتصال بمكتب الشكاوى والتظلمات بإدارة خدمات رعاية الأطفال بوكالة الخدمات الصحية والإنسانية بمقاطعة سان دييغو على رقم **619-338-2098**.

مكتب الشكاوى والتظلمات:

- سياسات الأبحاث وإجراءات المساعدة في معالجة الشكاوى
- يوفر المعلومات ويجب عن الاستفسارات
- يسجل الشكاوى التي تتعلق بخدمات رعاية الأطفال ويراقبها
- يجري عمليات المراجعة الداخلية للشكاوى التي تتعلق بالسياسة والإجراءات وممارسة العمل الاجتماعي
- يسهل معالجة الشكاوى بطريقة حيادية وموضوعية
- يرفع النتائج والتوصيات للإدارة لضمان أن السياسات والممارسات تفي بالقوانين واللوائح الاتحادية وتتفق مع مهمة إدارة خدمات رعاية الأطفال وأهدافها
- يوفر معلومات عن الموارد المتعلقة بوكالات و/أو خدمات غير تابعة لإدارة خدمات رعاية الأطفال

استمارة شكوى موفر خدمة TERM
خاص للاستخدام من قبل الشباب وعائلاتهم
عند تلقي الخدمات من موفري خدمة TERM*

يُرجى ملء هذا النموذج. يمكن استكماله آلياً أو يدوياً. لا يُعتبر هذا النموذج لازماً لإرسال شكوى. كلما كانت المعلومات التي تقدمها أكثر، كان من السهل التحقق وحل موضوع الشكوى بسرعة. ربما يتصل بك فريق Optum TERM للحصول على مزيدٍ من المعلومات. سيتم إخبارك بالقرار النهائي بشأن هذه الشكوى، مع المحافظة على خصوصية التفاصيل.

يُرجى إرسال النموذج المكتمل إلى Optum TERM:

فاكس: 877-624-8376

عنوان المراسلات: Optum TERM, PO Box 601340, San Diego, CA 92160-1340

ملحوظة: يوجد نموذج شكوى مستقل خاص بالشركاء المتخصصين والجهات المعنية. إذا كنت أحد أعضاء فريق خدمات Child Welfare، يُرجى الرجوع إلى دليل سياسة CWS للحصول على التوجيهات الخاصة بإرسال شكوى بخصوص موفر خدمة TERM.

معلومات شخصية

الاسم: _____
رقم الهاتف (مع رمز المنطقة): _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

عنوان المراسلات: _____

علاقتك بالعميل: _____

العميل الذي تلقى الخدمة. إنني (اختر أحد الخيارات التالية): الشاب ولي أمر

أنا الوالد البيولوجي لأحد الشباب اللذين تلقوا الخدمات التي تساورني المخاوف بشأنها.

أنا مقدم الرعاية لأحد الشباب اللذين تلقوا الخدمات التي تساورني المخاوف بشأنها.

أنا أحد الأقرباء أحد أفراد العائلة والد بالتبني

اسم العامل الاجتماعي لخدمات Child Welfare أو موظف Juvenile Probation المختص لهذه الحالة: _____

معلومات عن العميل

اسم العميل: _____ تاريخ الميلاد: _____

كان العلاج أو خدمات التقييم جزءاً من (حدد أحدهما أو كلاهما):

حالة Child Welfare حالة Juvenile Probation

معلومات عن موفر الخدمة

اسم موفر الخدمة: _____ رقم الهاتف: _____

الوكالة (إذا كان موفر الخدمة يعمل في إحدى المؤسسات): _____

ترتكز المخاوف حول (حدد أحدهما أو كلاهما):

المعالج المقيم الذي أجرى التقييم النفسي

استمارة شكوى موفر خدمة TERM
خاص للاستخدام من قبل الشباب وعائلاتهم
عند تلقي الخدمات من موفري خدمة TERM*

ملحوظة: سنتم مشاركة هذا النموذج مع موفر الخدمة. "لن" تتأثر الخدمات المقدمة لك أو لأسرتك في حالة تقديمك شكوى. إذا كنت تتخوف من حدوث تبعات سلبية، يمكنك الاتصال بالمسؤول الاجتماعي لدى خدمات Child Welfare أو الموظف المختص لدى Juvenile Probation.

وضح مخاوفك المتعلقة بالخدمات التي تم تلقيها (أضف صفحات إضافية إذا لزم الأمر):

ملحوظة: لا يتعين عليك التجربة ومحاولة التوصل إلى حل بخصوص المخاوف مع موفر الخدمة قبل تقديم الشكوى. ومع ذلك، فقيامك بهذا يساعد في معرفة ما إذا كنت قد حاولت مناقشة هذه المشكلات.

هل تحدثت إلى موفر الخدمة بخصوص هذه المخاوف؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "نعم"، فاذكر تواريخ الاتصالات:

وضح ما ذكرته لموفر الخدمة بشأن مخاوفك وماذا كان رده:

أذكر أي مستندات لديك يمكن أن تساعد في شرح مخاوفك:

هل تعتقد أن شركة Optum TERM لديها هذه المستندات بالفعل؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة "لا"، يرجى إرسال المستند مع هذا النموذج.
إذا كنت غير قادر على مشاركة هذه المعلومات، فوضح السبب:

يرجى تقديم الأسماء وأرقام الهواتف الخاصة بأشخاص آخرين (موفري العلاج، أو أفراد في العائلة، أو شركاء عمل) ممن يرحبون بمشاركة معلومات إضافية مع Optum TERM.

اسم الشخص: _____ رقم الهاتف: _____

اسم الشخص: _____ رقم الهاتف: _____

اسمك (يرجى الكتابة بخط واضح): _____

توقيعك: _____

التاريخ: _____

سلتقى إخطاراً خلال ثلاثة أيام عمل لتأكيد على أن شركة Optum TERM قد لتقت الشكوى.