

TERM 네트워크 진료 제공자로부터 서비스를 받는 청소년 및 가족들을 위한 고충사항 제기 절차

San Diego 카운티 아동 및 가족 웰빙(Child and Family Well-Being, CFWB) 및 San Diego 카운티 정신 건강 평가 청소년 보호관찰에 의해 의뢰된 고객 및 정신 건강 치료를 위한 CFWB에 의해 의뢰된 고객들은 Optum 치료 및 평가 자원 관리(Treatment and Evaluation Resource Management, TERM) 네트워크 진료 제공자를 통해 서비스를 받습니다. 고객으로서, 귀하는 자격이 있는 정신 건강 진료 제공자로부터 이러한 서비스들을 받을 권리가 있습니다. 귀하는 또한 귀하의 진료에 무슨 문제가 생긴 경우—예를 들어, 귀하가 귀하의 치료에 만족하지 못하거나 귀하가 무례하게 대우받고 있다고 느끼는 경우 귀하의 우려사항을 표명할 권리가 있습니다.

고충사항이란 무엇입니까?

고충사항은 서비스에 대한 불만족을 표현하는 것입니다. 고충사항을 제출함으로써, 귀하는 귀하가 받고 있는 정신 건강 의료에 관한 우려사항의 검토를 요청할 수 있습니다.

귀하의 문제 해결을 위한 방법들

귀하에게 귀하가 TERM 네트워크 진료 제공자로부터 받고 있는 서비스에 관한 우려사항이 있는 경우, 문제 해결을 위한 가장 간편하고 신속한 방법은 귀하의 진료 제공자에게 또는 귀하의 CFWB 보호 서비스 담당자 또는 보호관찰 담당관에게 직접 이야기하는 것입니다. 귀하는 또한 고충사항을 접수함으로써 귀하의 우려사항 해결에 도움이 되도록 Optum TERM 고충사항 해결 절차를 이용하실 수도 있습니다.

접수는 어떻게 합니까?

- 서면 - Optum 웹사이트 www.optumsandiego.com에서 이용할 수 있는 [청소년 및 가족용 TERM 진료 제공자 불만사항 제기 양식\(TERM Provider Complaint Form for Youth and Families\)](#)을 작성하십시오(웹사이트에 접속하면 BHS 진료 제공자 리소스 위로 마우스를 이동하여 TERM 진료 제공자(TERM Providers)를 클릭한 후, 고충사항(Grievances) 탭을 선택하십시오). 양식을 Optum에 팩스 전송 또는 우편 발송하는 방법에 대한 설명은 양식에 포함되어 있습니다.
- 전화 - 지원을 받으려면, 1-877-824-8376, 옵션 1번으로 전화하십시오.

절차 중 귀하의 권리

- 고충사항 접수로 인해 차별 또는 불이익을 받지 않을 권리
- 귀하의 비밀을 보호받을 권리
- 존경과 존중을 받으며, 귀하가 이해할 수 있는 언어로 치료를 받을 권리

절차에 대한 도움

TERM 네트워크 진료 제공자의 정신 건강 서비스에 관한 고충사항 접수에 대한 지원이 필요하신 경우, 1-877-824-8376, 옵션 1번으로 전화하십시오.



메디-칼(Medi-Cal) 수혜자

귀하가 메디-칼(Medi-Cal) 수혜자인 경우, 귀하는 또한 Legal Aid Society of San Diego, Inc.에서 운영하는 프로그램인 건강 교육 및 지원을 위한 소비자 센터(Consumer Center for Health Education and Advocacy, CCHEA)에 연락을 원하실 수도 있습니다.

주소: 1764 San Diego Avenue, Suite 200

전화(무료 전화): 877-734-3258

TTY: 877-735-2929

웹사이트: www.laszd.org

CCHEA는 다음의 소비자 권리*에 대한 도움을 받기 위해 이용할 수 있습니다:

- 자격이 있는 전문가로부터 서비스를 받을 권리
- 귀하에 관한 정보의 비밀이 유지되도록 할 권리
- 선택사항들을 포함해 귀하의 진료 및 서비스에 관한 정보를 받을 권리
- 귀하의 진료 및 서비스에 대한 결정을 내리는 데 참여할 권리
- 공정하게 대우 받으며 귀하의 권리를 보호받을 권리
- 보복에 대한 두려움 없이 귀하의 서비스에 관한 불만사항 또는 고충사항을 접수할 권리
- 귀하의 서비스가 거부, 감소 또는 중단된 경우 이의신청을 접수할 권리

* LASSD 웹사이트에서 2024년 4월 24일에 다운로드됨

<https://www.laszd.org/cchea-brochure/>

기타 사례 우려사항

귀하가 사회복지사에 대한 우려사항 또는 기타 사례 우려사항이 있는 청소년이거나 가족 구성원인 경우, 상사/관리자에게 먼저 연락하십시오. 추가적인 지원이 필요하신 경우, 귀하는 San Diego 카운티 보건 복지 서비스 기관(Health and Human Services Agency) 아동 및 가족 웰빙(Child and Family Well-Being, CFWB) **옴부즈맨 담당처에 619-338-2098**번으로 전화하실 수 있습니다.

옴부즈맨 담당처:

- 불만사항 해결 지원을 위한 정책 및 절차를 연구
- 아동 및 가족 웰빙과 관련된 불만사항을 접수 및 감시
- 정책, 절차 및 사회복지 관행에 관한 불만사항에 대해 내부 검토 실시
- 공정하고 객관적인 방식으로 불만사항 해결 촉진
- 정책 및 관행이 주정부 및 연방 법률을 충족하고 아동 및 가족 웰빙의 사명 및 목표에 부합되는지 여부를 확인하기 위해 발견사항 및 권고사항을 경영진에 제시
- CFWB에 관한 정보 및 문의사항에 대한 답변 제공 및 비-CFWB 기관 및/또는 서비스에 관한 자료 정보 제공.

**TERM 진료 제공자로부터 서비스를 받는 경우
청소년 및 그들의 가족용
TERM 진료 제공자 불만사항 제기 양식***

이 양식을 작성하십시오. 타자 또는 수기로 작성할 수 있습니다. 이 양식은 불만사항을 접수하기 위해 필수사항은 아닙니다. 귀하가 제공하는 정보가 많을수록, 불만사항을 신속하게 조사 및 해결하는 것이 더욱 쉬워집니다. Optum TERM 직원이 더 많은 정보를 위해 귀하에게 전화를 드릴 수도 있습니다. 이 불만사항에 관한 최종 결정은 귀하와 공유될 것이지만 세부사항은 비밀로 유지될 것입니다.

작성된 양식을 Optum TERM에 보내십시오.

팩스: 877-624-8376

우편 주소: Optum TERM, PO Box 601340, San Diego, CA 92160-1340

주: 전문 파트너 및 이해당사자의 경우 별도의 불만사항 제기 양식이 있습니다. 귀하가 CFWB 직원인 경우, TERM 진료 제공자 불만사항 접수 방법에 관한 CFWB 정책 설명서를 참조하십시오.

귀하에 관한 정보/INFORMATION ABOUT YOU

이름/Name: **전화번호(지역 번호 포함)/Phone number (with area code):**

이메일 주소/E-mail address:

우편 주소/Mailing address:

귀하와 고객과의 관계/Your relationship to the Client:

나는 서비스를 받은 고객입니다. 나는 (하나에 체크하십시오)/I am the client who received services.
I am a (check one): 청소년입니다/Youth 부모입니다/Parent

나는 우려사항을 갖고 있는 서비스를 받은 청소년의 생물학적인 부모입니다./I am the biological parent of a youth who received the services that I have concerns about.

나는 우려사항을 갖고 있는 서비스를 받은 청소년의 간병인입니다./I am the caregiver of a youth who received the services that I have concerns about.

나는/I am a 친척/Relative 비-관련자, 확대 가족 구성원/Non-related, extended family member
 위탁 부모/Foster parent입니다

이 사례에 관한 아동 및 가족 웰빙 사회복지사 또는 청소년 보호관찰 담당관 이름/Name of the Child and Family Well-Being social worker or Juvenile Probation Officer for this case:

고객에 관한 정보/INFORMATION ABOUT CLIENT

가입자 이름/Client's name: **생년월일/Date of birth:**

**치료 또는 평가 서비스는 다음의 일부였습니다(하나 또는 둘 모두에 체크하십시오)/
Therapy or evaluation services were part of a (check one or both):**

CFWB 사례/CFWB case 청소년 보호관찰 사례/Juvenile Probation case

진료 제공자에 관한 정보/INFORMATION ABOUT PROVIDER

진료 제공자 이름/Provider's name: **전화번호/Phone number:**

기관(진료 제공자가 조직에서 일하는 경우)/Agency (if provider worked in an organization):

우려사항은 다음에 관한 것입니다(하나 또는 둘 모두에 체크하십시오)/The concerns are about a (check one or both):

치료사/Therapist 심리학 평가를 실시한 평가자/Evaluator who did a psychological evaluation

**TERM 진료 제공자로부터 서비스를 받는 경우
청소년 및 그들의 가족용
TERM 진료 제공자 불만사항 제기 양식***

주: 이 양식은 진료 제공자와 공유됩니다. 귀하 또는 귀하의 가족에 대한 서비스는 귀하가 불만사항을 접수한 경우에 영향을 받지 않습니다. 귀하가 부정적인 결과에 관해 우려하고 있는 경우, 귀하는 CFWB 사회복지사 또는 청소년 보호관찰 담당관에게 연락할 수도 있습니다./**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.

**받았던 서비스에 관한 귀하의 우려사항을 설명하십시오(필요한 경우 추가적인 용지를 추가하십시오)/
Explain your concerns about the services that were received (add additional pages if needed):**

주: 귀하는 불만사항 접수 이전에 진료 제공자와 우려사항을 해결하기 위해 노력할 필요가 없습니다. 그러나, 귀하가 이 문제에 대한 논의를 시도했었는지 여부를 아는 것은 도움이 됩니다./**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.

이 우려사항에 관해 진료 제공자와 이야기를 한 적이 있습니까?/Have you spoken to the provider about these concerns? 예/Yes 아니요/No

“예”라고 답한 경우, 연락한 날짜(들)를 알려주십시오/If “Yes”, provide the date(s) of contact:

귀하가 귀하의 우려사항에 관해 진료 제공자에게 이야기한 내용 및 해당 진료 제공자의 답변을 설명해주십시오/Describe what you told the provider regarding your concerns and the provider’s response:

**귀하의 우려사항을 설명하는 데 도움이 될 수 있는 귀하가 가지고 있는 문서에 관해 설명해주십시오/
Describe any documentation you have that can help explain your concerns:**

귀하는 Optum TERM에서 이 문서를 이미 가지고 있다고 생각하십니까?/Do you think that Optum TERM already has this document? 예/Yes 아니요/No

“아니요”라고 답한 경우, 해당 문서를 이 양식과 함께 제출해주시오./If “No”, please submit the documentation with this form.

귀하가 이 정보를 공유할 수 없는 경우 이유를 설명해주십시오/If you cannot share this information, explain why:

Optum TERM에 추가적인 정보를 기꺼이 공유할 다른 사람(치료 진료 제공자, 가족 구성원, 전문 파트너)의 이름(들) 및 전화번호(들)를 제공해주십시오./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.

이름/Name of person:

전화번호/Phone number:

이름/Name of person:

전화번호/Phone number:

귀하의 이름(분명하게 작성하십시오)/Your Name (please write clearly):

귀하의 서명/Your Signature: _____

날짜/Date:

귀하는 업무일 3일 이내에 Optum TERM에서 불만사항을 접수했다는 것을 확인하는 통지를 받게 될 것입니다./You will receive notice within three working days confirming that Optum TERM received the complaint.