

## **Mga Paraan ng Paghahain ng Karaingan para sa Kabataan at Pamilyang Nakakatanggap ng Mga Serbisyo mula sa Mga Provider na nasa Network ng TERM**

Ang mga kliyenteng inirekomenda ng Kapakanan ng Bata at Pamilya sa San Diego County (San Diego County Child and Family Well-Being, CFWB) at Probasyon sa Kabataan ng San Diego County (San Diego County Juvenile Probation) para sa mga pagsusuri sa kalusugan ng isip, at mga kliyenteng inirekomenda ng CFWB para sa paggamot sa kalusugan ng isip, ay nakakatanggap ng mga serbisyo sa pamamagitan ng network ng mga provider ng Pamamahala ng Pinagkukunan para sa Paggamot at Pagsusuri (Treatment and Evaluation Resource Management, TERM) ng Optum. Bilang kliyente, may karapatan kang makatanggap ng mga ganitong serbisyo mula sa isang kwalipikadong provider para sa kalusugan ng isip. Mayroon ka ring karapatang ipahayag ang iyong mga alalahanin kung may mangyaring hindi maganda sa iyong pangangalaga—halimbawa, hindi ka nasiyahan sa paggamot sa iyo o kung pakiramdam mo ay hindi ka itinuring nang may respeto.

### **ANO ANG MGA KARAINGAN?**

Ang mga karaingan ay pagpapahayag ng pagkadismaya sa mga serbisyo. Sa pamamagitan ng pagsusumite ng karaingan, maaari kang humiling ng pagsusuri sa iyong mga alalahanin tungkol sa pangangalaga sa kalusugan ng isip na natatanggap mo.

### **MGA PARAAN UPANG MALUTAS ANG IYONG PROBLEMA**

Kung mayroon kang alalahanin sa mga serbisyong natatanggap mo mula sa provider na nasa network ng TERM, ang direktang pakikipag-usap sa provider mo o sa iyong CFWB Protective Services Worker o Probation Officer ang kadalasang pinakamabilis at pinakamadaling paraan upang malutas ang mga usapin. Maaari mo ring gamitin ang Proseso sa Paglutas ng Reklamo ng TERM ng Optum upang makatulong sa paglutas ng iyong mga alalahanin sa pamamagitan ng paghahain ng karaingan.

### **PAANO AKO MAGHAHAIN?**

- Sa pamamagitan ng pagsulat – Punan ang [Form ng Reklamo sa Provider ng TERM para sa Mga Kabataan at Pamilya](#) na makikita sa website ng Optum sa [www.optumsandiego.com](http://www.optumsandiego.com) (kapag nasa website na, mag-hover sa Mga Madudulugan para sa Provider ng BHS, i-click ang Mga Provider ng TERM, at pagkatapos ay piliin ang tab na Mga Karaingan). Kasama sa form ang mga tagubilin tungkol sa kung paano ipapadala sa Optum ang form sa pamamagitan ng fax o koreo.
- Sa pamamagitan ng telepono – Para sa tulong, pakitawagan ang 1-877-824-8376, Opsyon 1.

### **ANG IYONG MGA KARAPATAN HABANG NASA PROSESO**

- Hindi makaranas ng diskriminasyon o parusa nang dahil sa paghahain ng karaingan
- Maprotektahan ang iyong pagiging kumpidensyal
- Maituring nang may dignidad at respeto, sa wikang nauunawaan mo

### **TULONG SA PROSESO**

Para sa tulong sa paghahain ng karaingan tungkol sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng provider na nasa network ng TERM, pakitawagan ang 1-877-824-8376, at piliin ang Opsyon 1.



## MGA BENEPISYARYO NG MEDI-CAL

Kung isa kang benepisyaryo ng Medi-Cal, maaari ka ring makipag-ugnayan sa Center para sa Consumer para sa Edukasyon at Adbokasiya sa Kalusugan (Consumer Center for Health Education and Advocacy, CCHEA), na isang programang pinapatakbo ng Legal Aid Society of San Diego, Inc.

Lokasyon: 1764 San Diego Avenue, Suite 200  
Telepono (walang bayad): 877-734-3258  
TTY: 877-735-2929  
Website: [www.lassd.org](http://www.lassd.org)

### Available ang CCHEA na magbigay ng tulong sa mga sumusunod na Karapatan ng Consumer\*:

- Makatanggap ng mga serbisyo mula sa mga kwalipikadong propesyonal
- Mapanatiling kumpidensyal ang impormasyon tungkol sa iyo
- Makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong pangangalaga at mga serbisyo, kasama ang mga mapagpipilian
- Makibahagi sa paggawa ng mga pasya tungkol sa iyong pangangalaga at mga serbisyo
- Maituring nang patas at maprotektahan ang iyong mga karapatan
- Maghain ng reklamo o karaingan tungkol sa iyong mga serbisyo nang walang pinangangambahang pagganti
- Maghain ng apela kung ang iyong mga serbisyo ay tinanggihan, binawasan, o ihininto

\* Na-download mula sa website ng LASSD noong 4/24/2024

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

## IBA PANG ALALAHANIN SA SITWASYON

Kung isa kang kabataan o miyembro ng pamilya na may alalahanin tungkol sa isang social worker o iba pang alalahanin sa sitwasyon, mangyaring makipag-ugnayan muna sa superbisor/tagapamahala. Kung kakailanganin ng karagdagang tulong, maaari kang tumawag sa Kapakanan ng Bata at Pamilya sa Ahensya ng Mga Serbisyo sa Kalusugan at Tao ng San Diego County (County of San Diego Health and Human Services Agency Child and Family Well-Being) sa **Tanggapang ng Ombudsman sa 619-338-2098**.

### Ang Tanggapan ng Ombudsman ay:

- Nagsasaliksik ng mga patakaran at pamamaraan upang makatulong sa paglutas ng mga reklamo
- Nagtatala ng at sumusubaybay sa mga reklamo tungkol sa Kapakanan ng Bata at Pamilya.
- Nagsasagawa ng mga panloob na pagsusuri sa mga reklamo tungkol sa patakaran, mga pamamaraan, at kasanayan sa panlipunang gawain
- Nangangasiwa sa paglutas ng reklamo sa isang paraang patas at nakabatay sa katotohanan
- Nagpaparating sa pangasiwaan ng mga nalaman at rekomendasyon upang matiyak na nakakatugon ang mga patakaran at kasanayan sa mga batas ng Estado at Pederal na Pamahalaan, at naaayon ang mga ito sa misyon at mga layunin ng Kapakanan ng Bata at Pamilya
- Nagbibigay ng impormasyon at sumasagot sa mga tanong tungkol sa CFWB, at nagbibigay ng impormasyon ng madudulugan tungkol sa mga ahensya at/o serbisyong hindi bahagi ng CFWB.

**FORM PARA SA REKLAMO SA PROVIDER NG TERM  
PARA SA PAGGAMIT NG KABATAAN AT KANILANG MGA PAMILYA  
KAPAG NAKAKATANGGAP NG MGA SERBISYO MULA SA MGA PROVIDER NG TERM\***

Pakipunan ang form na ito. Maaari itong naka-type o nakasulat-kamay. Hindi kinakailangan ang form na ito upang makapaghain ng reklamo. Kung mas marami kang impormasyong maibibigay, mas madaling maiimbestigahan at malulutas ang reklamo nang mabilis. Maaari tumawag sa iyo ang tauhan ng TERM ng Optum para sa higit pang impormasyon. Ibabahagi sa iyo ang pinal na pasya tungkol sa reklamong ito, ngunit pananatilihin pribado ang mga detalye.

Pakipadala ang sinagutang form sa TERM ng Optum:

**Fax:** 877-624-8376

**Address ng Pahatiran ng Sulat:** Optum TERM, PO Box 601340, San Diego, CA 92160-1340

**TANDAAN:** May hiwalay na form para sa reklamo ang mga propesyonal na partner at stakeholder. Kung isa kang tauhan ng CFWB, mangyaring sumangguni sa Manwal ng Patakaran ng CFWB para sa mga tagubilin sa paghahain ng reklamo sa provider ng TERM.

---

**IMPORMASYON TUNGKOL SA IYO/INFORMATION ABOUT YOU**

**Pangalan/Name:** \_\_\_\_\_ **Numero ng Telepono (kasama ang area code)/Phone number (with area code):** \_\_\_\_\_

**E-mail address/E-mail address:** \_\_\_\_\_

**Lokasyon ng pahatiran ng sulat/Mailing address:** \_\_\_\_\_

**Ang iyong kaugnayan sa Kliyente/Your relationship to the Client:**

- Ako ang kliyenteng tumanggap ng mga serbisyo. Isa akong (lagyan ng tsek ang isa)/I am the client who received services. I am a (check one):  Kabataan/Youth  Magulang/Parent
- Ako ang biological na magulang ng kabataang tumanggap ng mga serbisyo kung saan ako may mga alalahanin./ I am the biological parent of a youth who received the services that I have concerns about.
- Ako ang tagapag-alaga ng kabataang tumanggap ng mga serbisyo kung saan ako may mga alalahanin./ I am the caregiver of a youth who received the services that I have concerns about.
- Isa akong /I am a  Kamag-anak/Relative  
 Walang kaugnayang miyembro ng extended na pamilya/Non-related, extended family member  
 Foster na magulang/Foster parent

**Pangalan ng social worker sa Kapakanan ng Bata at Pamilya o Juvenile Probation Officer para sa sitwasyong ito/Name of the Child and Family Well-Being social worker or Juvenile Probation Officer for this case:** \_\_\_\_\_

---

**IMPORMASYON TUNGKOL SA KLIYENTE/INFORMATION ABOUT CLIENT**

**Pangalan ng kliyente/Client's name:** \_\_\_\_\_ **Petsa ng kapanganakan/Date of birth:** \_\_\_\_\_

**Ang mga serbisyo ng therapy o pagsusuri ay bahagi ng (lagyan ng tsek ang isa o pareho)/ Therapy or evaluation services were part of a (check one or both):**

- Sitwasyon sa CFWB/CFWB case  Sitwasyon sa Probasyon sa Kabataan/Juvenile Probation case

---

**IMPORMASYON TUNGKOL SA PROVIDER/INFORMATION ABOUT PROVIDER**

**Pangalan ng provider/Provider's name:** \_\_\_\_\_ **Numero ng telepono/Phone number:** \_\_\_\_\_

**Ahensya (kung nagtrabaho ang provider sa isang organisasyon)/Agency (if provider worked in an organization):** \_\_\_\_\_

**Ang mga alalahanin ay tungkol sa isang (lagyan ng tsek ang isa o pareho)/The concerns are about a (check one or both):**

- Taong Nagbibigay ng Therapy/Therapist  Tagasuri na nagsagawa ng sikolohikal na pagsusuri/  
Evaluator who did a psychological evaluation

**FORM PARA SA REKLAMO SA PROVIDER NG TERM PARA SA  
PAGGAMIT NG KABATAAN AT KANILANG MGA PAMILYA  
KAPAG NAKAKATANGGAP NG MGA SERBISYO MULA SA MGA PROVIDER NG TERM\***

---

**TANDAAN:** Ibabahagi ang form na ito sa provider. HINDI maapektuhan ang mga serbisyo para sa iyo at sa pamilya mo kung maghahain ka ng reklamo. Kung inaalala mo ang mga negatibong kahihinatnan, maaari kang makipag-ugnayan sa social worker ng CFWB o sa Juvenile Probation Officer./**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.

**Ipaliwanag ang iyong mga alalahanin tungkol sa mga natanggap na serbisyo(magdagdag ng mga karagdagang pahina kung kinakailangan)/Explain your concerns about the services that were received (add additional pages if needed):**

---

**TANDAAN:** Hindi mo kailangang subukang lutasin ang mga alalahanin sa provider bago maghain ng reklamo. Gayunpaman, makatutulong na malaman kung sinubukan mong talakayin ang mga isyung ito./**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.

**Kinausap mo ba ang provider tungkol sa mga alalahaning ito?/Have you spoken to the provider about these concerns?**  Oo/Yes  Hindi/No

**Kung “Oo”, ilagay ang (mga) petsa ng pakikipag-ugnayan/If “Yes”, provide the date(s) of contact:**

**Ilarawan ang sinabi mo sa provider tungkol sa iyong mga alalahanin at ang sagot ng provider/  
Describe what you told the provider regarding your concerns and the provider’s response:**

---

**Ilarawan ang anumang dokumentasyong mayroon ka na makatutulong na ipaliwanag ang mga alalahanin mo/Describe any documentation you have that can help explain your concerns:**

**Sa palagay mo ba ay nasa TERM ng Optum na ang dokumentong ito?/Do you think that Optum TERM already has this document?**  Oo/Yes  Hindi/No

**Kung “Hindi”, pakisumite ang dokumentasyon kasama ng form na ito./If “No”, please submit the documentation with this form.**

**Kung hindi mo maibabahagi ang impormasyong ito, ipaliwanag kung bakit/If you cannot share this information, explain why:**

Pakibigay ang (mga) pangalan at numero ng telepono ng iba pang tao (mga provider ng paggamot, miyembro ng pamilya, propesyonal na partner) na handang magbahagi ng karagdagang impormasyon sa TERM ng Optum./ 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.

**Pangalan ng tao/Name of person:** \_\_\_\_\_ **Numero ng telepono/Phone number:** \_\_\_\_\_

**Pangalan ng tao/Name of person:** \_\_\_\_\_ **Numero ng telepono/Phone number:** \_\_\_\_\_

**Iyong Pangalan (pakisulat nang malinaw)/Your Name (please write clearly):** \_\_\_\_\_

**Iyong Lagda/Your Signature:** \_\_\_\_\_

**Petsa/Date:** \_\_\_\_\_

**Makakatanggap ka ng abiso sa loob ng tatlong araw ng trabaho na nagkukumpirmang natanggap ng TERM ng OPTUM ang reklamo./You will receive notice within three working days confirming that Optum TERM received the complaint.**