

Quy trình khiếu nại dành cho thanh thiếu niên và gia đình nhận dịch vụ từ các nhà chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới của TERM

Khách hàng được chương trình Phúc lợi Gia đình và Trẻ em (Child and Family Well-Being, CFWB) Quận San Diego và Cơ quan Quản chế Trẻ vị thành niên Quận San Diego giới thiệu để đánh giá sức khỏe tâm thần và khách hàng được CFWB giới thiệu để điều trị sức khỏe tâm thần, nhận dịch vụ thông qua mạng lưới các nhà chăm sóc sức khỏe của Chương trình quản lý nguồn lực điều trị và đánh giá (Treatment and Evaluation Resource Management, TERM) của Optum. Với tư cách là khách hàng, quý vị có quyền được nhận các dịch vụ này từ một nhà chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ điều kiện. Quý vị cũng có quyền bày tỏ mối quan ngại của mình nếu nhận thấy có điều gì không ổn với dịch vụ chăm sóc—ví dụ: quý vị cảm thấy không hài lòng với việc điều trị hoặc cảm thấy mình đang bị đối xử không tôn trọng.

LỜI KHIẾU NẠI LÀ GÌ?

Lời khiếu nại là việc thể hiện sự không hài lòng với các dịch vụ. Bằng cách gửi lời khiếu nại, quý vị có thể yêu cầu duyệt xét mối quan ngại của mình về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần quý vị đang nhận.

NHỮNG CÁCH ĐỂ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ CỦA QUÝ VỊ

Nếu quý vị cảm thấy quan ngại với dịch vụ mình đang nhận từ nhà chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới của TERM, cách dễ nhất và nhanh nhất để giải quyết mọi việc là thường xuyên trao đổi trực tiếp với nhà chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc với Nhân viên dịch vụ bảo vệ hoặc Cán bộ quản chế của CFWB. Quý vị cũng có thể sử dụng Quy trình giải quyết khiếu nại Optum TERM để giúp giải quyết mối quan ngại của quý vị bằng cách gửi lời khiếu nại.

TÔI CÓ THỂ GỬI BẰNG CÁCH NÀO?

- Gửi bằng văn bản – Quý vị hãy điền [Mẫu khiếu nại nhà chăm sóc sức khỏe của TERM dành cho thanh thiếu niên và gia đình](#), có trên trang mạng của Optum tại www.optumsandiego.com (sau khi truy cập trang mạng, hãy di chuột sang trang BHS Provider Resources (Nguồn lực nhà chăm sóc sức khỏe BHS), nhấp vào TERM Providers (Nhà chăm sóc sức khỏe của TERM), sau đó chọn thẻ Grievances (Lời khiếu nại)). Hướng dẫn về cách gửi mẫu đến Optum bằng fax hoặc thư qua đường bưu điện có trong biểu mẫu.
- Gửi qua điện thoại – Để được hỗ trợ, vui lòng gọi theo số 1-877-824-8376, Tùy chọn 1.

QUYỀN CỦA QUÝ VỊ TRONG QUY TRÌNH NÀY

- Không bị phân biệt đối xử hoặc xử phạt khi gửi lời khiếu nại
- Được bảo vệ thông tin bảo mật
- Được đối xử đàng hoàng và tôn trọng, bằng ngôn ngữ mà quý vị có thể hiểu

TRỢ GIÚP VỀ QUY TRÌNH

Để được hỗ trợ gửi lời khiếu nại về các dịch vụ sức khỏe tâm thần do nhà chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới của TERM cung cấp, vui lòng gọi theo số 1-877-824-8376 và chọn Lựa chọn 1.



NGƯỜI THỤ HƯỞNG MEDI-CAL

Nếu quý vị là người thụ hưởng Medi-Cal, quý vị nên liên hệ với Trung tâm về giáo dục và bệnh vực quyền lợi sức khỏe cho người tiêu dùng (Consumer Center for Health Education and Advocacy, CCEHA), đây là một chương trình do Legal Aid Society of San Diego, Inc. điều hành.

Địa chỉ: 1764 San Diego Avenue, Suite 200

Số điện thoại (miễn phí): 877-734-3258

TTY: 877-735-2929

Trang mạng: www.lassd.org

CCHEA luôn sẵn sàng giúp đỡ giải quyết các Quyền của người tiêu dùng* sau đây:

- Nhận dịch vụ từ các chuyên gia đủ điều kiện
- Nhận thông tin về thông tin bảo mật được lưu giữ của quý vị
- Nhận thông tin về sự chăm sóc và các dịch vụ của quý vị, bao gồm cả những lựa chọn
- Tham gia vào việc đưa ra quyết định về sự chăm sóc và các dịch vụ của quý vị
- Được đối xử công bằng và bảo vệ các quyền
- Được khiếu nại hoặc than phiền về các dịch vụ nhận được mà không sợ bị trả đũa
- Gửi đơn kháng cáo nếu quý vị bị từ chối, giảm hoặc ngưng cung cấp dịch vụ

* Được tải xuống từ trang mạng của LASSD vào ngày 24 tháng 04 năm 2024

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

CÁC MỐI QUAN NGẠI VỀ TRƯỜNG HỢP KHÁC

Nếu quý vị là thanh thiếu niên hoặc thành viên trong gia đình có mối quan ngại về nhân viên xã hội hoặc mối quan ngại về trường hợp khác, vui lòng liên hệ với giám sát viên/người quản lý trước. Nếu cần được hỗ trợ thêm, quý vị có thể gọi cho **Văn phòng Bảo vệ quyền lợi**, chương trình Phúc lợi Gia đình và Trẻ em của Sở Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Quận San Diego **theo số 619-338-2098**.

Văn phòng Bảo vệ quyền lợi:

- Nghiên cứu các chính sách và thủ thuật để hỗ trợ giải quyết khiếu nại
- Đăng ký và theo dõi khiếu nại về chương trình Phúc lợi gia đình và trẻ em
- Tiến hành các cuộc duyệt xét nội bộ cho các khiếu nại liên quan đến chính sách, thủ thuật và thực tiễn công tác xã hội
- Tạo điều kiện giải quyết khiếu nại một cách không thiên vị, khách quan
- Chuyển các phát hiện và khuyến nghị lên cho ban quản lý để đảm bảo rằng các chính sách và thực tiễn đáp ứng được luật pháp Tiểu bang và Liên bang, đồng thời nhất quán với sứ mệnh và mục tiêu của chương trình Phúc lợi gia đình và trẻ em
- Cung cấp thông tin và giải đáp các thắc mắc liên quan đến CFWB, đồng thời cung cấp thông tin nguồn lực về các cơ quan và/hoặc dịch vụ không thuộc CFWB.

**MẪU KHIẾU NẠI NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TERM
DÀNH CHO THANH THIẾU NIÊN VÀ GIA ĐÌNH SỬ DỤNG
KHI NHẬN DỊCH VỤ DO NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TERM CUNG CẤP***

Vui lòng điền đầy đủ biểu mẫu này. Quý vị có thể đánh máy hoặc viết tay. Biểu mẫu này không bắt buộc phải gửi khiếu nại. Quý vị càng cung cấp nhiều thông tin thì việc điều tra và giải quyết khiếu nại kịp thời càng trở nên dễ dàng hơn. Nhân viên của Optum TERM có thể gọi điện cho quý vị để xin thêm thông tin. Quyết định cuối cùng liên quan đến khiếu nại này sẽ được chia sẻ cho quý vị biết, nhưng thông tin chi tiết sẽ được bảo mật.

Vui lòng gửi biểu mẫu đã hoàn thành cho Optum TERM:

Fax: 877-624-8376

Địa chỉ gửi thư: Optum TERM, PO Box 601340, San Diego, CA 92160-1340

LƯU Ý: Các đối tác chuyên nghiệp và các bên liên quan có biểu mẫu khiếu nại riêng. Nếu quý vị là nhân viên của CFWB, vui lòng tham khảo Cẩm nang về chính sách của CFWB để được chỉ dẫn về cách gửi đơn khiếu nại về nhà chăm sóc sức khỏe của TERM.

THÔNG TIN VỀ QUÝ VỊ/INFORMATION ABOUT YOU

Tên/Name: _____ **Số điện thoại (kèm mã khu vực)/Phone number (with area code):** _____

Địa chỉ e-mail/E-mail address: _____

Địa chỉ gửi thư/Mailing address: _____

Mối quan hệ của quý vị với Khách hàng/Your relationship to the Client:

Tôi là khách hàng hưởng dịch vụ. Tôi là (đánh dấu vào một mục)/I am the client who received services.
I am a (check one): Thanh thiếu niên/Youth Cha mẹ/Parent

Tôi là cha mẹ đẻ của thanh thiếu niên nhận dịch vụ mà tôi cảm thấy quan ngại./I am the biological parent of a youth who received the services that I have concerns about.

Tôi là người chăm sóc của thanh thiếu niên nhận dịch vụ mà tôi cảm thấy quan ngại./I am the caregiver of a youth who received the services that I have concerns about.

Tôi là/I am a Người thân/Relative Thành viên trong đại gia đình, không phải họ hàng/
 Cha mẹ nuôi/Foster parent Non-related, extended family member

Tên của nhân viên xã hội của Chương trình phúc lợi gia đình và trẻ em hoặc Cán bộ quản chế trẻ vị thành niên liên quan đến trường hợp này/Name of the Child and Family Well-Being social worker or Juvenile Probation Officer for this case: _____

THÔNG TIN VỀ KHÁCH HÀNG/INFORMATION ABOUT CLIENT

Tên của khách hàng/Client's name: _____ **Ngày sinh/Date of birth:** _____

**Dịch vụ trị liệu hoặc đánh giá là một phần của (đánh dấu vào một hoặc cả hai lựa chọn)/
Therapy or evaluation services were part of a (check one or both):**

Trường hợp của CFWB/CFWB case Trường hợp Quản chế trẻ vị thành niên/Juvenile Probation case

THÔNG TIN VỀ NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE/INFORMATION ABOUT PROVIDER

Tên nhà chăm sóc sức khỏe/Provider's name: _____ **Số điện thoại/Phone number:** _____

Cơ quan (nếu nhà chăm sóc sức khỏe làm việc trong một tổ chức)/Agency (if provider worked in an organization): _____

Mối quan ngại về (đánh dấu vào một hoặc cả hai lựa chọn)/The concerns are about a (check one or both):

Nhà trị liệu/Therapist Đánh giá viên thực hiện đánh giá về tâm lý/Evaluator who did a psychological evaluation

**MẪU KHIẾU NẠI NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TERM DÀNH
CHO THANH THIẾU NIÊN VÀ GIA ĐÌNH SỬ DỤNG
KHI NHẬN DỊCH VỤ DO NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TERM CUNG CẤP***

LƯU Ý: Biểu mẫu này sẽ được chia sẻ với nhà chăm sóc sức khỏe. Các dịch vụ dành cho quý vị hoặc gia đình quý vị sẽ KHÔNG bị ảnh hưởng nếu quý vị gửi khiếu nại. Nếu quý vị cảm thấy quan ngại về những hậu quả tiêu cực, quý vị có thể liên hệ với nhân viên xã hội của CFWB hoặc Cán bộ quản chế trẻ vị thành niên./
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.

**Giải thích mối quan ngại của quý vị về các dịch vụ được nhận (thêm trang để giải thích nếu cần)/
Explain your concerns about the services that were received (add additional pages if needed):**

LƯU Ý: Quý vị không cần phải cố gắng giải quyết các mối quan ngại với nhà chăm sóc sức khỏe trước khi gửi khiếu nại. Tuy nhiên, chúng tôi cảm thấy việc được biết rằng quý vị đã cố gắng thảo luận về các vấn đề này là rất hữu ích./**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.

**Quý vị đã trao đổi với nhà chăm sóc sức khỏe về các mối quan ngại này chưa?/
Have you spoken to the provider about these concerns?** Rõi/Yes Chưa/No

Nếu trả lời “Rõi”, hãy liệt (những) ngày đã liên hệ/If “Yes”, provide the date(s) of contact:

Hãy mô tả nội dung trao đổi với nhà chăm sóc sức khỏe liên quan đến mối quan ngại của quý vị cũng như phản hồi của nhà chăm sóc sức khỏe/Describe what you told the provider regarding your concerns and the provider’s response:

Hãy liệt kê bất kỳ tài liệu nào mà quý vị đang có mà có thể giúp quý vị giải thích mối quan ngại của mình/Describe any documentation you have that can help explain your concerns:

Quý vị có nghĩ rằng Optum TERM đã có tài liệu này không?/Do you think that Optum TERM already has this document? Có/Yes Không/No

Nếu chọn “Không”, vui lòng gửi tài liệu cùng với biểu mẫu này./If “No”, please submit the documentation with this form.

Nếu quý vị không thể chia sẻ thông tin này, hãy giải thích lý do tại sao/If you cannot share this information, explain why:

Vui lòng cung cấp (các) tên và (các) số điện thoại của những người khác (nhà chăm sóc sức khỏe chuyên điều trị, thành viên trong gia đình, đối tác chuyên gia) sẵn sàng chia sẻ thông tin bổ sung với Optum TERM./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.

Tên/Name of person: _____ **Số điện thoại/Phone number:** _____

Tên/Name of person: _____ **Số điện thoại/Phone number:** _____

Tên của quý vị (vui lòng ghi rõ)/Your Name (please write clearly): _____

Chữ ký của quý vị/Your Signature: _____

Ngày/Date: _____

Quý vị sẽ nhận được thông báo trong vòng ba ngày làm việc, thông báo này xác nhận rằng Optum TERM đã nhận được khiếu nại của quý vị./You will receive notice within three working days confirming that Optum TERM received the complaint.