

إجراءات التظلم للشباب والأسر الذين يتلقون الخدمات من شبكة مُقَدِّمي خدمات TERM

يتلقَى العملاء الذين تتم إحالتهم من هيئة رعاية الطفل والأسرة في مقاطعة سان دييغو (San Diego County Child and Family Well-Being, CFWB) ووحدة مراقبة سلوك الأحداث في سان دييغو لإجراء تقييمات الصحة العقلية والعملاء الذين تتم إحالتهم من CFWB لعلاج الصحة العقلية، الخدمات من شبكة مُقَدِّمي خدمات إدارة موارد العلاج والتقييم (Treatment and Evaluation Resource Management, TERM) من Optum. بصفتك عميلاً، يحق لك الحصول على هذه الخدمات من مُقَدِّم خدمات صحة نفسية مؤهَّل. يحق لك أيضاً التعبير عن مخاوفك إذا حدث خطأ ما في رعايتك—على سبيل المثال، إذا كنت غير راضٍ عن علاجك أو تشعر أنه تم التعامل معك بطريقة غير لائقة.

ما هي إجراءات التظلم؟

تأتي إجراءات التظلم في تعبير عن عدم الرضا عن الخدمات المُقدَّمة. بتقديم تظلم، يمكنك طلب مراجعة مخاوفك بشأن رعاية الصحة العقلية التي تتلقاها.

طرق لحل مشكلتك

إذا كانت لديك مخاوف بشأن الخدمات التي تتلقاها من شبكة مُقَدِّمي خدمات TERM، فإن الطريقة الأسهل والأسرع لحل الأمور غالباً تتمثل في التحدُّث مباشرة مع مُقَدِّم الخدمة الخاص بك أو مع أخصائي خدمات الحماية في CFWB أو مسؤول مراقبة سلوك الأحداث. يمكنك أيضاً استخدام إجراء حل الشكاوى التابع لخدمات TERM من Optum للمساعدة في حل مخاوفك عن طريق تقديم شكوى.

كيف يمكنني تقديم تظلم؟

- كتابياً – قم بملء نموذج شكوى مُقَدِّمي خدمات TERM للشباب والعائلات المتوفَّر على الموقع الإلكتروني لـ Optum على www.optumsandiego.com (بمجرد الدخول إلى الموقع الإلكتروني، مرَّر فوق موارد مُقَدِّمي خدمات BHS، وانقر فوق مُقَدِّمي خدمات TERM، ثم حدد علامة التبويب "إجراءات التظلم"). تم تضمين تعليمات حول طريقة إرسال النموذج بالفاكس أو البريد إلى Optum في النموذج.
- عبر الهاتف – للحصول على المساعدة، يُرجى الاتصال على الرقم 1-877-824-8376، الخيار 1.

حقوقك في الإجراء

- ألا ينطوي عليه أي شكل من أشكال التمييز أو العقوبة بسبب تقديم التظلم
- بفرض الحماية على أمورك السرية
- أن يتم التعامل بكرامة واحترام، وبلغه يمكنك فهمها

المساعدة في الإجراء

للحصول على مساعدة في تقديم تظلم بشأن خدمات الصحة العقلية من شبكة مُقَدِّمي خدمات TERM، يُرجى الاتصال على الرقم 1-877-824-8376، وتحديد الخيار 1.

المستفيدون من برنامج MEDI-CAL

إذا كنت أحد المستفيدين من برنامج Medi-Cal، فقد ترغب أيضًا في الاتصال بمركز المستهلك للتتيف الصحي والدعوة (Consumer Center for Health Education and Advocacy, CCHEA)، وهو برنامج تديره Legal Aid Society of San Diego, Inc

العنوان: 1764 San Diego Avenue, Suite 200

الهاتف (المجاني): 877-734-3258

TTY: 877-735-2929

الموقع الإلكتروني: www.lassd.org

يتوفر CCHEA للمساعدة في حقوق المستهلكين التالية*:

- الحصول على الخدمات من المتخصصين المؤهلين
- الاحتفاظ بمعلومات سرية عنك
- الحصول على معلومات حول رعايتك وخدماتك، بما في ذلك الاختيارات
- المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية والخدمات الخاصة بك
- التعامل بشكل عادل وحماية حقوقك
- التقدم بشكوى أو تظلم بشأن خدماتك دون خوف من التعرض للانتقام
- تقديم استئناف إذا تم رفض خدماتك أو تقليلها أو إيقافها

* تم تنزيل الكتيب من موقع LASSD الإلكتروني 4/24/24
<https://www.lassd.org/cchea-brochure/>

مخاوف أخرى بشأن الحالة

إذا كنت شابًا أو فردًا من الأسرة ولديك مخاوف بشأن أخصائي اجتماعي أو أي مخاوف أخرى، فيرجى الاتصال بالمشرّف/المدير أولاً. إذا كنت بحاجة إلى المزيد من المساعدة، فيمكنك الاتصال بمكتب أمين المظالم التابع لوكالة الصحة والخدمات الإنسانية بمقاطعة سان دييغو لرعاية الطفل والأسرة على الرقم 619-338-2098.

يقوم مكتب أمين المظالم بما يلي:

- البحث في السياسات والإجراءات للمساعدة في حل الشكاوى
- تسجيل الشكاوى المتعلقة برعاية الطفل والأسرة ومراقبتها
- إجراء مراجعات داخلية للشكاوى المتعلقة بالسياسة والإجراءات وممارسات العمل الاجتماعي
- تسهيل حل الشكاوى بطريقة محايدة وموضوعية
- رفع النتائج والتوصيات إلى الإدارة للتأكد من أن السياسات والممارسات تتوافق مع قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية، وتتوافق مع مهمة وأهداف رفاهية الطفل والأسرة
- توفير معلومات والإجابة على الأسئلة المتعلقة بهيئة CFWB، وتوفير معلومات الموارد حول الوكالات و/أو الخدمات غير التابعة لهيئة CFWB.

نموذج شكوى مُقَدِّم خدمات TERM
لاستخدام الشباب وعائلاتهم
عند تلقي الخدمات من مُقَدِّم الخدمات*

يُرجى ملء هذا النموذج. يمكن كتابته عبر الكمبيوتر أو كتابته بخط اليد. هذا النموذج غير مطلوب لتقديم شكوى. كلما قَدِّمت معلومات أكثر، أصبح من الأسهل التحقيق في الشكوى وحلها بسرعة. قد يتصل بك موظفو خدمات TERM من Optum للحصول على المزيد من المعلومات. سنتم مشاركة القرار النهائي بشأن هذه الشكوى معك، لكن سنظل التفاصيل خاصة.

يُرجى إرسال النموذج المكتمل إلى خدمات TERM من Optum:

فاكس: 877-624-8376

العنوان البريدي: Optum TERM, PO Box 601340, San Diego, CA 92160-1340

ملاحظة: يتوقَّر لدى الشركاء المهنيين وأصحاب المصلحة نموذج شكوى منفصل. إذا كنت أحد موظفي هيئة CFWB، فيُرجى الرجوع إلى دليل سياسة هيئة CFWB للحصول على توجيهات بشأن تقديم شكوى لمُقدِّم خدمات TERM.

معلومات عنك / INFORMATION ABOUT YOU

رقم الهاتف (مع رمز المنطقة) / Phone number (with area code):

الاسم / Name:

عنوان البريد الإلكتروني / E-mail address:

العنوان البريدي / Mailing address:

علاقتك بالعميل / Your relationship to the Client:

أنا العميل الذي تلقتُ الخدمات أنا (ضع علامة) / I am the client who received services. I am a (check one):

شاب / Youth ولي أمر / Parent

أنا الوالد البيولوجي لشاب تلقتُ الخدمات التي لدي مخاوف بشأنها. / I am the biological parent of a youth who received the services that I have concerns about.

أنا مُقدِّم الرعاية لشاب تلقتُ الخدمات التي لدي مخاوف بشأنها. / I am the caregiver of a youth who received the services that I have concerns about.

أنا / I am a قريب / Relative لستُ قريباً، فرد عائلة ممتد / Non-related, extended family member

Foster parent / والد حاضن

Foster parent / والد حاضن

اسم الأخصائي الاجتماعي المسؤول عن رفاهية الطفل والأسرة أو مسؤول مراقبة الأحداث في هذه الحالة / Name of the Child and Family Well-Being social worker or Juvenile Probation Officer for this case:

معلومات عن العميل / INFORMATION ABOUT CLIENT

تاريخ الميلاد / Date of birth:

اسم العميل / Client's name:

كانت خدمات العلاج أو التقييم جزءاً من (ضع علامة على أحدهما أو كليهما) /

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

حالة تابعة لهيئة CFWB/CFWB حالة مراقبة سلوك الأحداث / Juvenile Probation case

معلومات عن مُقدِّم الخدمات / INFORMATION ABOUT PROVIDER

رقم الهاتف / Phone number:

اسم مُقدِّم الخدمات / Provider's name:

الوكالة (إذا كان مُقدِّم الخدمات يعمل في مؤسسة) / Agency (if provider worked in an organization):

المخاوف تتعلق بـ (ضع علامة على أحدهما أو كليهما) / The concerns are about a (check one or both):

المُقيِّم الذي أجرى التقييم النفسي / Evaluator who did a psychological evaluation المعالج / Therapist

نموذج شكوى مُقدّم خدمات TERM
لاستخدام الشباب وعائلاتهم
عند تلقي الخدمات من مُقدّمي الخدمات*

ملاحظة: ستتم مشاركة هذا النموذج مع مُقدّم الخدمات. لن تتأثر الخدمات المُقدّمة لك أو لعائلتك إذا قمت بتقديم شكوى. إذا كنت قلقًا بشأن العواقب السلبية، فيمكنك الاتصال بالأخصائي الاجتماعي في هيئة CFWB أو مسؤول مراقبة الأحداث. / **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.

يمكنك شرح مخاوفك بشأن الخدمات التي تلقيتها (أضف صفحات إضافية إذا لزم الأمر) /
:Explain your concerns about the services that were received (add additional pages if needed)

ملاحظة: لا يجب عليك معالجة المخاوف مع مُقدّم الخدمة قبل تقديم شكوى. مع ذلك، فمن الجيد معرفة إذا كنت قد حاولت مناقشة هذه الحالات. / **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.

هل تحدثت إلى مُقدّم الخدمات حول هذه المخاوف؟ / **Have you spoken to the provider about these concerns?**
No/لا Yes/نعم

إذا كانت الإجابة "بنعم"، فاذكر تاريخ(تواريخ) الاتصال/التاريخ (تواريخ) **:If "Yes", provide the date(s) of contact/الاتصال(تواريخ) (تواريخ)**

صف ما أخبرته إلى مُقدّم الخدمات فيما يتعلق بمخاوفك ورد مُقدّم الخدمات /
:Describe what you told the provider regarding your concerns and the provider's response

صف محتوى أي مستندات لديك يمكن أن تساعد في توضيح مخاوفك /
:Describe any documentation you have that can help explain your concerns

هل تعتقد أن خدمات TERM من Optum لديها هذا المستند بالفعل؟ /
Do you think that Optum TERM already has this document? No/لا Yes/نعم

إذا كانت الإجابة "بلا"، فيرجى تقديم المستندات مع هذا النموذج. / **If "No", please submit the documentation with this form./**
إذا لم تتمكن من مشاركة هذه المعلومات، فاشرح السبب: / **If you cannot share this information, explain why:/**

يرجى تقديم اسم(أسماء) وأرقام هواتف الأشخاص الآخرين (مُقدّمي العلاج، وأفراد الأسرة، والشركاء المهنيين) الذين يرغبون في مشاركة معلومات إضافية مع خدمات TERM من 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.

اسم الشخص/Name of person: رقم الهاتف/Phone number:

اسم الشخص/Name of person: رقم الهاتف/Phone number:

اسمك (يرجى الكتابة بوضوح)/Your Name (please write clearly):

توقيعك/Your Signature: _____

التاريخ/Date:

ستتلقى إشعارًا خلال ثلاثة أيام عمل يؤكد أن خدمات TERM من Optum قد تلقت شكوى. /
You will receive notice within three working days confirming that Optum TERM received the complaint.