

自治療與評估資源管理 (TERM) 網絡醫療護理提供者接受 服務之年輕人及家庭適用的申訴程序

由 San Diego County 兒童與家庭身心健康 (Child and Family Well-Being, CFWB) 部門及 San Diego County 青少年監護機構轉介接受精神健康評估，以及由兒童與家庭身心健康 (CFWB) 部門轉介接受精神健康治療的客戶，透過由醫療護理提供者組成的 Optum 治療與評估資源管理 (Treatment and Evaluation Resource Management, TERM) 網絡接受服務。身為客戶，您有權自符合資格的精神健康醫療護理提供者接受這類服務。如果您的護理遇到問題，例如您不滿意您的治療或覺得您接受治療時未受到尊重，您也有權可表達您的疑慮。

甚麼是申訴？

申訴是表達對服務的不滿。您提交申訴時，可要求審查您有關所接受精神健康護理的疑慮。

解決問題的方法

如果您對於治療與評估資源管理 (TERM) 網絡醫療護理提供者為您提供的服務有疑慮，解決問題最容易快速的方法，往往是直接與您的醫療護理提供者或您的兒童與家庭身心健康 (CFWB) 保護服務工作人員或監護官討論。您也可以使用 Optum 治療與評估資源管理 (TERM) 投訴解決流程提出申訴，幫助解決您的疑慮。

我可以如何提出？

- 書面方式 — 填寫 [年輕人及家庭之治療與評估資源管理 \(TERM\) 醫療護理提供者投訴表](#)，可自 Optum 網站 www.optumsandiego.com 下載 (進入網站後，將滑鼠移到「行為健康服務醫療護理提供者資源」(BHS Provider Resources) 的部份，點選「治療與評估資源管理醫療護理提供者」(TERM Providers)，然後選擇「申訴」(Grievances) 頁籤)。表格中有如何將表格傳真或郵寄至 Optum 的指示。
- 打電話 — 如需協助，請致電 1-877-824-8376，接通後按 1。

您在流程中的權利

- 不因提出申訴而遭受歧視或懲罰
- 您的身份獲得保密
- 有尊嚴、受到尊重對待，並以您可以瞭解的語言溝通

協助進行流程

如需協助提出有關治療與評估資源管理 (TERM) 網絡醫療護理提供者所提供之精神健康服務的疑慮，請致電 1-877-824-8376，接通後按 1。



MEDI-CAL 受益人

如果您是 Medi-Cal 受益人，您也可以聯絡消費者健康衛教和倡議中心 (Consumer Center for Health Education and Advocacy, CCHA)，這是由 San Diego 法律援助社公司 (Legal Aid Society of San Diego, Inc.) 營運的方案。

地址：1764 San Diego Avenue, Suite 200
電話 (免付費)：877-734-3258
聽力語言殘障服務專線 (TTY)：877-735-2929
網站：www.laszd.org

消費者健康衛教和倡議中心 (CCHA) 可協助處理下列消費者權利事項*：

- 自符合資格的專業人員取得服務
- 將您的相關資訊加以保密
- 取得有關您的護理與服務 (包括選擇在內) 的資訊
- 參與做出有關您的護理與服務的決定
- 受到公平的對待，以及使您的權利受到保護
- 提出有關您的服務的投訴或申訴，毋須害怕遭到報復
- 在您的服務遭到拒絕、縮減或終止時提出上訴

* 自 San Diego 法律援助社公司 (LASSD) 下載，4/24/24
<https://www.laszd.org/ccha-brochure/>

其他個案疑慮

如果您是年輕人或家人並且有關於社工的疑慮或其他個案疑慮，首先請聯絡主管 / 經理。如需額外協助，您可致電 County of San Diego 健康及人類服務處兒童與家庭身心健康監察員辦公室，電話 619-338-2098。

監察員辦公室：

- 研究政策與程序，以協助解決投訴
- 登錄和監督有關兒童與家庭身心健康的投訴
- 執行有關政策、程序及社工行為投訴之內部審查
- 以公正客觀的方式協調解決投訴
- 將調查結果與建議向上呈報至管理階層，以確保政策與做法符合州法和聯邦法規定，並符合兒童與家庭身心健康部門的任務與宗旨。
- 提供有關兒童與家庭身心健康 (CFWB) 的資訊並回答相關疑問，及提供有關非兒童與家庭身心健康 (CFWB) 機構和 / 或服務的資源資訊。

治療與評估資源管理 (TERM) 醫療護理提供者投訴表
供年輕人及其家庭
自治療與評估資源管理 (TERM) 醫療護理提供者接受服務時使用*

請填寫此表格。可用打字或手寫方式填寫。提出投訴時不需此表格。您提供的資訊越詳盡，就越有助於進行調查和快速解決投訴。Optum 治療與評估資源管理 (TERM) 工作人員可能會致電，請您提供更多資訊。有關本投訴的最終決定將與您分享，但細節將會保密。

請將填妥的表格寄至 Optum 治療與評估資源管理 (TERM)：

傳真：877-624-8376

郵寄地址：Optum TERM, PO Box 601340, San Diego, CA 92160-1340

備註：專業合作夥伴與利害關係人有不同的投訴表。如果您是兒童與家庭身心健康 (CFWB) 工作人員，請參閱兒童與家庭身心健康 (CFWB) 政策手冊，查詢提交治療與評估資源管理 (TERM) 醫療護理提供者投訴的指示。

您的相關資訊 / INFORMATION ABOUT YOU

姓名 /Name: **電話號碼 (含區域號碼) /Phone number (with area code):**

電子郵件地址 /E-mail address:

郵寄地址 /Mailing address:

您與客戶的關係 /Your relationship to the Client:

我是接受服務的客戶。我是 (請勾選一項) /I am the client who received services. I am a (check one):

年輕人 /Youth 父母 /Parent

我是接受我對其有疑慮之服務的年輕人的生身父母。/I am the biological parent of a youth who received the services that I have concerns about.

我是接受我對其有疑慮之服務的年輕人的護理者。/I am the caregiver of a youth who received the services that I have concerns about.

我是 /I am a 親戚 /Relative 無關係，家族成員 /Non-related, extended family member

繼養父母 /Foster parent

本案兒童與家庭身心健康社工或青少年監護官的姓名 /Name of the Child and Family Well-Being social worker or Juvenile Probation Officer for this case:

客戶的相關資訊 / INFORMATION ABOUT CLIENT

客戶的姓名 /Client's name: **出生日期 /Date of birth:**

治療或評估服務屬於以下個案的一部份 (勾選一項或兩項) /Therapy or evaluation services were part of a (check one or both):

兒童與家庭身心健康 (CFWB) 個案 /CFWB case 青少年監護個案 /Juvenile Probation case

醫療護理提供者的相關資訊 / INFORMATION ABOUT PROVIDER

醫療護理提供者的姓名 / 名稱 /Provider's name:

電話號碼 /Phone number:

機構 (如果醫療護理提供者在組織內任職) /Agency (if provider worked in an organization):

疑慮是有關 (勾選一項或兩項) /The concerns are about a (check one or both):

治療師 /Therapist 執行心理評估的評估師 /Evaluator who did a psychological evaluation

治療與評估資源管理 (TERM) 醫療護理提供者投訴表
供年輕人及其家庭
自治療與評估資源管理 (TERM) 醫療護理提供者接受服務時使用*

備註：此表格將與醫療護理提供者分享。如果您提出投訴，您或您家人的服務將不會受到影響。如果您擔心會有負面影響，您可聯絡兒童與家庭身心健康 (CFWB) 社工或青少年監護官。/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.

解釋您關於所接受之服務的疑慮 (如有需要，可加頁填寫) /Explain your concerns about the services that were received (add additional pages if needed):

備註：您不一定要在提出投訴前先試著與醫療護理提供者解決疑慮。不過，如果您已試過討論這些問題，讓我們知道這件事會有所幫助。/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.

您是否已經和醫療護理提供者討論過這些疑慮？/Have you spoken to the provider about these concerns?
 是 /Yes 否 /No

如為「是」，請提供聯繫日期 /If “Yes”, provide the date(s) of contact:

請說明：關於您的疑慮，您告訴了醫療護理提供者甚麼情況，以及醫療護理提供者的回應 / Describe what you told the provider regarding your concerns and the provider’s response:

請對任何您所持有且可能有助於解釋您的疑慮的書面紀錄進行說明 /Describe any documentation you have that can help explain your concerns:

您是否認為 Optum 治療與評估資源管理 (TERM) 已經有這份文件？/Do you think that Optum TERM already has this document? 是 /Yes 否 /No

如為「否」，請連同此表格一起提交此書面紀錄。/If “No”, please submit the documentation with this form. 如果您無法分享此資訊，請說明原因 /If you cannot share this information, explain why:

請提供願意與 Optum 治療與評估資源管理 (TERM) 分享額外資訊的其他人 (提供治療的醫療護理提供者、家人、專業合作夥伴) 的姓名和電話號碼。/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.

人員姓名 /Name of person: _____ **電話號碼 /Phone number:** _____

人員姓名 /Name of person: _____ **電話號碼 /Phone number:** _____

您的姓名 (請清楚填寫) /Your Name (please write clearly): _____

您的簽名 /Your Signature: _____

日期 /Date: _____

您將會在三個工作日內收到通知，確認 Optum 治療與評估資源管理 (TERM) 已收到投訴。/You will receive notice within three working days confirming that Optum TERM received the complaint.