

رویه‌های شکایت برای جوانان و خانواده‌هایی که از ارائه‌دهندگان شبکه TERM خدمات دریافت می‌کنند

مشتریانی که برای ارزیابی سلامت روان توسط مرکز بهزیستی کودکان و خانواده سن دیگو (San Diego County Child and Family Well-Being, CFWB) و اداره آزادی مشروط نوجوانان شهرستان San Diego برای ارزیابی سلامت روان ارجاع می‌شوند، و همچنین مشتریانی که توسط CFWB برای درمان سلامت روان ارجاع می‌شوند، خدمات را از طریق ارائه‌دهندگان شبکه مدیریت منابع درمان و ارزیابی Optum (Treatment and Evaluation Resource Management, TERM) دریافت می‌کنند. به عنوان مشتری، شما حق دریافت این خدمات را از یک ارائه‌دهنده سلامت روان واجد شرایط دارید. همچنین اگر مشکلی در خدمات مراقبتی شما پیش آمد، حق دارید نگرانی‌های خود را بیان کنید - برای مثال، از درمان خود ناراضی هستید یا احساس می‌کنید به شما بی‌احترامی شده است.

شکایات چیست؟

شکایات بیانگر نارضایتی از خدمات است. با ارسال شکایت، می‌توانید جهت بررسی نگرانی‌های خود در مورد مراقبت‌های سلامت روانی که دریافت می‌کنید، درخواست دهید.

راه‌هایی برای حل مشکل خود

اگر نگران خدماتی هستید که از یک ارائه‌دهنده شبکه TERM دریافت می‌کنید، ساده‌ترین و سریع‌ترین راه برای حل مشکلات اغلب صحبت مستقیم با ارائه‌دهنده یا کارمند خدمات حفاظتی CFWB یا مامور ناظر است. همچنین با ثبت شکایت می‌توانید از فرآیند حل و فصل شکایت Optum TERM برای کمک به رفع نگرانی‌های خود استفاده کنید.

چطور شکایتی ثبت کنم؟

■ به صورت کتبی - [فرم شکایت ارائه‌دهنده TERM برای جوانان و خانواده‌ها](http://www.optumsandiego.com) را پر کنید که در وبسایت Optum به نشانی www.optumsandiego.com موجود است (در وبسایت، نشانگر را روی منابع ارائه‌دهنده BHS نگه دارید، بر روی ارائه‌دهندگان TERM کلیک کنید و سپس تب شکایات را انتخاب کنید). دستورالعمل نحوه فکس یا ارسال فرم به Optum در فرم ذکر شده است.

■ از طریق تلفن - برای راهنمایی، لطفاً با شماره 1-877-824-8376، گزینه 1 تماس بگیرید.

حقوق شما در رویه شکایت

- مصون بودن از تبعیض یا تاوان به دلیل ثبت شکایت
- محافظت از محرمانگی اطلاعات شما
- رفتار با وقار و محترمانه با شما، و استفاده از زبان قابل درک برای شما

کمک برای رویه شکایت

برای کمک به ثبت شکایت در مورد خدمات سلامت روان توسط ارائه‌دهنده شبکه TERM، لطفاً با شماره 1-877-824-8376 تماس بگیرید و گزینه 1 را انتخاب کنید.

دیتفغان MEDI-CAL

اگر شما دیتفغان Medi-Cal هستید، ممکن است بخواهید با مرکز مصرفکنندگان برای آموزش سلامت و وکالت حقوقی «San Diego»، اجرا می‌شود، تماس بگیرید. برنامه‌ای که توسط «انجمن کمک

نشانی: 1764 San Diego Avenue, Suite 200

تلفن (رایگان) 877-734-3258

TTY: 877-735-2929

وبسایت: www.lasdd.org

CCHEA برای کمک به حقوق مصرفکننده که در زیر آمده در دسترس است*:

- خدمات را از متخصصان واجد شرایط دریافت کنید
- اطلاعات در مورد شما محرمانه نگه داشته شوند
- اطلاعاتی در مورد مراقبت و خدمات خود، از جمله گزینه‌های انتخابی، دریافت کنید
- در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت و خدمات خود مشارکت داشته باشید
- با شما منصفانه رفتار شود و از حقوق شما محافظت شود
- بدون ترس از انتقام، از خدمات خود اقامه شکایت یا شکواییه کنید
- در صورت رد، کاهش یا توقف خدمات شما، درخواست تجدید نظر کنید

دانلود از وبسایت LASDD در تاریخ 4/24/24

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

موارد نگرانی دیگر

اگر جوان یا عضوی از خانواده او هستید که در مورد یک مددکار اجتماعی یا سایر موارد نگرانی دارید، لطفاً ابتدا با ناظر/مدیر تماس بگیرید. در صورت نیاز به کمک بیشتر، می‌توانید با **دفتر بازرسی** بهزیستی کودکان و خانواده اداره بهداشت و خدمات انسانی شهرستان San Diego به شماره **619-338-2098** تماس بگیرید.

دفتر بازرسی:

- سیاست‌ها و رویه‌ها را برای کمک به حل و فصل شکایات بررسی می‌کند
- شکایات مربوط به سلامت کودک و خانواده را ثبت کرده و بر آنها نظارت می‌کند
- شکایات مربوط به سیاست‌ها، رویه‌ها و عملکرد مددکاری اجتماعی را به صورت داخلی بررسی می‌کند
- حل و فصل شکایات را به شیوه ای بی‌طرفانه و عینی تسهیل می‌کند
- یافته‌ها و توصیه‌ها را به مدیریت ارجاع می‌دهد تا اطمینان حاصل شود که سیاست‌ها و شیوه‌ها با قوانین ایالتی و فدرال مطابقت دارند و همچنین در راستای مأموریت و اهداف «سلامت کودک و خانواده» هستند.
- اطلاعاتی را ارائه می‌دهد و به سؤالات مربوط به CFWB پاسخ می‌دهد و اطلاعات منابعی را در مورد آژانس‌ها و/یا خدمات غیر CFWB نیز ارائه می‌دهد.

فرم شکایت ارائه‌دهنده TERM
برای استفاده جوانان و خانواده‌های آنها
هنگام دریافت خدمات توسط ارائه‌دهندگان *TERM

لطفاً این فرم را پر کنید. می‌توان آن را به صورت تاییبی یا دست‌نویس پر کرد. این فرم برای ثبت شکایت الزامی نیست. هرچه اطلاعات بیشتری بتوانید ارائه دهید، بررسی و حل و فصل سریع شکایت آسان‌تر خواهد بود. کارکنان Optum TERM ممکن است برای اطلاعات بیشتر با شما تماس بگیرند. تصمیم نهایی در مورد این شکایت با شما به اشتراک گذاشته خواهد شد، اما جزئیات محرمانه خواهد ماند.

لطفاً فرم تکمیل شده را به Optum TERM ارسال کنید:

فکس: 877-624-8376

آدرس پستی: Optum TERM, PO Box 601340, San Diego, CA 92160-1340

توجه: شرکای حرفه‌ای و ذینفعان یک فرم شکایت جداگانه دارند. اگر کارمند CFWB هستید، لطفاً برای دستورالعمل‌های مربوط به ثبت شکایت ارائه‌دهنده TERM به راهنمای خط‌مشی CFWB مراجعه کنید.

اطلاعات در مورد شما/INFORMATION ABOUT YOU

نام/Name:

شماره تلفن (با کد منطقه)/(Phone number (with area code):

آدرس ایمیل/E-mail address:

آدرس پستی/Mailing address:

رابطه شما با مشتری/Your relationship to the Client:

من مشتری هستم که خدمات دریافت کردم. من (یک مورد را علامت بزنید)/(I am the client who received services. I am a (check one):

جوان هستم/Youth والد هستم/Parent

من والد بیولوژیکی جوانی هستم که خدماتی را دریافت کرده که در مورد آن نگرانی دارم./

I am the biological parent of a youth who received the services that I have concerns about.

من مراقب جوانی هستم که خدماتی را دریافت کرده که در مورد آن نگرانی دارم./

I am the caregiver of a youth who received the services that I have concerns about.

من هستم a/ I am عضو فامیل/Relative غیر فامیل, عضو خانواده گسترده/Non-related, extended family member

پدر/مادر خوانده/Foster parent

نام مددکار اجتماعی بهزیستی کودک و خانواده یا مامور ناظر نوجوانان برای این پرونده/

Name of the Child and Family Well-Being social worker or Juvenile Probation Officer for this case

اطلاعات در مورد مشتری/INFORMATION ABOUT CLIENT

تاریخ تولد/Date of birth:

اسم مشتری/Client's name:

خدمات درمانی یا ارزیابی بخشی از یک (یک یا هر دو مورد پرونده را علامت بزنید)/

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

پرونده CFWB هستند/CFWB case پرونده آزادی مشروط جوانان هستند/Juvenile Probation case

اطلاعات در مورد ارائه‌دهنده/INFORMATION ABOUT PROVIDER

شماره تلفن/Phone number:

اسم ارائه‌دهنده/Provider's name:

آژانس (اگر ارائه‌دهنده در یک سازمان کار می‌کند)/

Agency (if provider worked in an organization):

نگرانی‌ها در مورد (یک یا هر دو را علامت بزنید)/

The concerns are about a (check one or both):

درمان‌گر است/Therapist ارزیابی است که ارزیابی روانشناختی را انجام داد/Evaluator who did a psychological evaluation

فرم شکایت ارائه‌دهنده TERM
برای استفاده جوانان و خانواده‌های آنها
هنگام دریافت خدمات توسط ارائه‌دهندگان *TERM

توجه: این فرم با ارائه‌دهنده به اشتراک گذاشته خواهد شد. در صورت ثبت شکایت، خدمات شما یا خانواده شما تحت تأثیر قرار نخواهد گرفت. اگر نگران پیامدهای منفی هستید، می‌توانید با مددکار اجتماعی CFWB یا مامور ناظر جوانان تماس بگیرید. /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.

نگرانی‌های خود را در مورد خدمات دریافت شده توضیح دهید (در صورت نیاز صفحاتی اضافه کنید) /
:Explain your concerns about the services that were received (add additional pages if needed)

توجه: لازم نیست قبل از ثبت شکایت، سعی کنید ضرورتاً نگرانی‌ها را با ارائه‌دهنده حل و فصل کنید. با این حال، برای ما دانستن اینکه آیا سعی کردید در مورد این موضوعات بحث کنید، مفید است. /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.

آیا در مورد این نگرانی‌ها با ارائه‌دهنده صحبت کرده‌اید؟ /
Have you spoken to the provider about these concerns? بله/Yes خیر/No

اگر «بله»، تاریخ(های) تماس را وارد کنید/ **:If “Yes”, provide the date(s) of contact**

آنچه را که در مورد نگرانی‌های خود و پاسخ ارائه‌دهنده به ارائه‌دهنده گفتید، شرح دهید /
:Describe what you told the provider regarding your concerns and the provider’s response

هر سندی را که می‌تواند به توضیح نگرانی‌های شما کمک کند، توضیح دهید /
:Describe any documentation you have that can help explain your concerns

آیا فکر می‌کنید Optum TERM از قبل این سند را دارد؟ /
Do you think that Optum TERM already has this document? بله/Yes خیر/No

اگر «خیر»، لطفاً اسناد را با این فرم ارسال کنید. /
If “No”, please submit the documentation with this form. اگر نمی‌توانید این اطلاعات را به اشتراک بگذارید، دلیل آن را توضیح دهید /
:If you cannot share this information, explain why

لطفاً نام(ها) و شماره(های) تلفن افراد دیگر (ارائه‌دهندگان درمان، اعضای خانواده، شرکای شغلی) را که مایل به اشتراک‌گذاری اطلاعات اضافی با Optum TERM هستند، ارائه دهید. /
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.

شماره تلفن/ **:Phone number**

نام شخص/ **:Name of person**

شماره تلفن/ **:Phone number**

نام شخص/ **:Name of person**

نام شما (لطفاً واضح بنویسید) / **:Your Name (please write clearly)**

امضای شما/ **:Your Signature**

تاریخ/ **:Date**

ظرف سه روز کاری اطلاعاتی دریافت خواهید کرد که تأیید می‌کند Optum TERM شکایت شما را دریافت کرده است. /
You will receive notice within three working days confirming that Optum TERM received the complaint.