

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

Các khách hàng được ban Dịch vụ phúc lợi trẻ em (Child Welfare Services, CWS) Quận San Diego và Cơ quan Quản chế Trẻ vị thành niên Quận San Diego giới thiệu để nhận các đánh giá sức khỏe tâm thần và các khách hàng được CWS giới thiệu để nhận điều trị sức khỏe tâm thần, nhận các dịch vụ thông qua mạng lưới các nhà chăm sóc sức khỏe Quản lý Nguồn lực Điều trị và Đánh giá (Treatment and Evaluation Resource Management, TERM) Optum. Là khách hàng, quý vị có quyền nhận các dịch vụ này từ nhà chăm sóc sức khỏe tâm thần đủ điều kiện. Quý vị cũng có quyền bày tỏ mối quan tâm của mình nếu có vấn đề gì với dịch vụ chăm sóc của quý vị—ví dụ như, quý vị không hài lòng với biện pháp điều trị cho quý vị hoặc cảm thấy quý vị đã không được đối xử tôn trọng.

### **LỜI KHIẾU NẠI LÀ GÌ?**

Lời khiếu nại là bày tỏ sự không hài lòng về các dịch vụ. Bằng cách nộp lời khiếu nại, quý vị có thể yêu cầu xem xét các mối quan tâm của quý vị về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần mà quý vị đang nhận được.

### **CÁC CÁCH GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ CỦA QUÝ VỊ**

Nếu quý vị có mối quan tâm về các dịch vụ mà quý vị đang nhận từ nhà chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới TERM, cách nhanh chóng và dễ dàng nhất để giải quyết các vấn đề thường là trao đổi trực tiếp với nhà chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc Nhân viên dịch vụ bảo vệ CWS của quý vị hoặc Viên chức quản chế. Quý vị cũng có thể sử dụng Quy trình giải quyết khiếu nại của Optum TERM để giải quyết các mối quan tâm của quý vị bằng cách nộp lời khiếu nại.

### **TÔI CÓ THỂ NỘP BẰNG CÁCH NÀO?**

- Bằng văn bản – Điền vào [Mẫu đơn khiếu nại về nhà chăm sóc sức khỏe TERM dành cho thanh thiếu niên và gia đình](#) mà sẵn có trên trang web của Optum tại [www.optumsandiego.com](http://www.optumsandiego.com) (sau khi ở trên trang web, nhấp vào tab Consumers & Families (Người tiêu dùng & gia đình) ở đầu trang web). Chỉ dẫn về cách gửi fax hoặc gửi mẫu đơn qua đường bưu điện đến Optum được bao gồm trong mẫu đơn.
- Qua điện thoại – Để được hỗ trợ, vui lòng gọi số 1-877-824-8376, Tùy chọn 4.

### **CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ TRONG QUY TRÌNH**

- Không bị phân biệt đối xử hoặc chịu phạt vì nộp lời than phiền
- Được bảo vệ tính bảo mật
- Được đối xử tôn trọng và coi trọng nhân phẩm, bằng ngôn ngữ quý vị có thể hiểu được



## TRỢ GIÚP VỀ QUY TRÌNH

Để được một nhà chăm sóc sức khỏe trong mạng lưới TERM hỗ trợ nộp lời khiếu nại về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, hãy gọi số 1-877-824-8376, và chọn Tùy chọn 4.

## NGƯỜI HƯỞNG QUYỀN LỢI MEDI-CAL

Nếu quý vị là người hưởng quyền lợi Medi-Cal, quý vị cũng có thể liên lạc với Trung tâm giáo dục sức khỏe và hỗ trợ cho người tiêu dùng (Center for Health Education and Advocacy, CCHEA), một chương trình được Legal Aid Society of San Diego, Inc., quản lý.

Địa chỉ: 1764 San Diego Avenue, Suite 200

Điện thoại (miễn phí): 877-734-3258

TTY: 877-735-2929

Số fax: 619-471-2782

Trang web: [www.lassd.org](http://www.lassd.org)

## CCHEA sẵn sàng trợ giúp về Quyền của người tiêu dùng\* sau đây:

- Nhận dịch vụ từ chuyên gia đủ điều kiện
- Được giữ bảo mật thông tin về quý vị
- Nhận thông tin về dịch vụ chăm sóc và dịch vụ của quý vị, bao gồm các lựa chọn
- Tham gia vào việc đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc và dịch vụ của quý vị
- Được đối xử công bằng và được bảo vệ các quyền của quý vị
- Tiến hành khiếu nại hoặc nộp lời khiếu nại về các dịch vụ của quý vị mà không sợ bị trả thù
- Nộp kháng cáo nếu các dịch vụ của quý vị bị từ chối, giảm bớt hoặc ngừng

\* Đã tải xuống từ trang web LASSD vào ngày 28 tháng 1 năm 2016

<http://www.thecentersd.org/pdf/health-advocacy/cchea-advocacy-brochure.pdf>

## CÁC TRƯỜNG HỢP QUAN TÂM KHÁC

Nếu quý vị là thanh thiếu niên hoặc thành viên gia đình có mối quan tâm về nhân viên công tác xã hội hoặc các trường hợp quan tâm khác, quý vị có thể gọi đến **Văn phòng thanh tra viên** của ban Dịch vụ phúc lợi trẻ em thuộc Cơ quan Y tế và Dịch vụ Nhân sinh của Quận San Diego theo số **619-338-2098**.

## Văn phòng thanh tra viên:

- Nghiên cứu các chính sách và thủ tục để hỗ trợ giải quyết khiếu nại
- Cung cấp thông tin và giải đáp các thắc mắc
- Đăng ký và giám sát khiếu nại về ban Dịch vụ phúc lợi trẻ em

- Tiến hành đánh giá nội bộ các khiếu nại về chính sách, thủ tục và thực hành công tác xã hội
- Hỗ trợ giải quyết khiếu nại một cách công bằng và khách quan
- Báo cáo các phát hiện và khuyến nghị cho ban quản lý để đảm bảo các chính sách và thực hành đáp ứng luật pháp Tiểu bang và Liên bang, và phù hợp với sứ mệnh và mục tiêu của ban Dịch vụ phúc lợi trẻ em
- Cung cấp thông tin nguồn lực về các cơ quan và/hoặc dịch vụ không phải thuộc CWS

**ĐƠN KHIẾU NẠI NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TERM  
DÀNH CHO THANH NIÊN VÀ GIA ĐÌNH  
KHI NHẬN CÁC DỊCH VỤ CỦA NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TERM\***

Vui lòng điền vào mẫu đơn này. Có thể đánh máy hoặc viết tay mẫu đơn. Mẫu đơn này không yêu cầu phải nộp đơn khiếu nại.

Việc điều tra và giải quyết khiếu nại sẽ nhanh chóng và dễ dàng hơn nếu quý vị cung cấp nhiều thông tin. Nhân viên của Optum TERM có thể gọi cho quý vị để thu thập thêm thông tin nếu cần. Quyết định cuối cùng liên quan đến khiếu nại này sẽ được chia sẻ với quý vị, nhưng chi tiết sẽ được giữ kín.

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

Số fax: 877-624-8376

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

**LƯU Ý:** Những đối tác chuyên gia và các bên liên quan có mẫu đơn khiếu nại riêng. Nếu quý vị là nhân viên của Dịch vụ phúc lợi dành cho trẻ em, vui lòng tham khảo Sổ tay chính sách CWS để biết hướng dẫn về cách nộp đơn khiếu nại nhà chăm sóc sức khỏe TERM.

---

**THÔNG TIN VỀ QUÝ VỊ**

Tên: Số điện thoại (với mã khu vực):

Địa chỉ email:

Địa chỉ gửi thư:

Mối quan hệ của quý vị với Khách hàng:

Tôi là khách hàng đã nhận dịch vụ. Tôi là (đánh dấu vào một ô):  Thanh Niên  Cha Mẹ

Tôi là cha mẹ đẻ của thanh niên đã nhận những dịch vụ mà tôi có những mối quan ngại.

Tôi là người chăm sóc của thanh niên đã nhận những dịch vụ mà tôi có những mối quan ngại.

Tôi là  Người thân  Không phải là người thân, thành viên trong đại gia đình  Cha mẹ nuôi

Tên của Cán bộ quản chế trẻ vị thành niên hoặc nhân viên công tác xã hội của Dịch vụ phúc lợi dành cho trẻ em cho trường hợp này:

---

**THÔNG TIN VỀ KHÁCH HÀNG**

Tên của khách hàng: Ngày sinh:

Các dịch vụ trị liệu hoặc đánh giá là một phần của (đánh dấu vào một hoặc cả hai trường hợp):

Trường hợp Phúc lợi dành cho trẻ em  Trường hợp Quản chế trẻ vị thành niên

---

**THÔNG TIN VỀ NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE**

Tên của nhà chăm sóc sức khỏe: Số điện thoại:

Cơ quan (nếu nhà chăm sóc sức khỏe làm việc trong một tổ chức):

Mối quan ngại về (đánh dấu vào một hoặc cả hai):

Chuyên gia trị liệu  Người đánh giá đã tiến hành một đánh giá tâm lý

**MẪU KHIẾU NẠI NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TERM  
DÀNH CHO THANH NIÊN VÀ GIA ĐÌNH CỦA HỌ  
KHI NHẬN CÁC DỊCH VỤ CỦA NHÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TERM\***

---

**LƯU Ý:** Mẫu đơn này sẽ được gửi cho nhà chăm sóc sức khỏe. Những dịch vụ dành cho quý vị hoặc gia đình của quý vị sẽ KHÔNG bị ảnh hưởng nếu quý vị nộp đơn khiếu nại. Nếu quý vị quan ngại về những hậu quả tiêu cực, quý vị có thể liên lạc với Cán bộ quản chế trẻ vị thành niên hoặc nhân viên công tác xã hội của Dịch vụ phúc lợi dành cho trẻ em.

**Giải thích những quan ngại của quý vị về các dịch vụ nhận được (bổ sung thêm trang nếu cần):**

---

**LƯU Ý:** Quý vị không cần phải cố gắng và giải quyết những quan ngại với nhà chăm sóc sức khỏe trước khi nộp đơn khiếu nại. Tuy nhiên, sẽ hữu ích hơn nếu nhà chăm sóc sức khỏe biết rằng quý vị đã cố gắng thảo luận những vấn đề này.

**Quý vị đã trao đổi những quan ngại này với nhà chăm sóc sức khỏe chưa?**  Rồi  Chưa

**Nếu "Rồi", vui lòng cung cấp (những) ngày liên hệ:**

**Mô tả những gì quý vị đã nói với nhà chăm sóc sức khỏe về những quan ngại của quý vị và câu trả lời của nhà chăm sóc sức khỏe:**

---

**Mô tả bất kỳ tài liệu nào quý vị có mà có thể giúp giải thích những quan ngại của quý vị:**

**Quý vị có nghĩ rằng Optum TERM đã có tài liệu này không?**  Có  Không

**Nếu "Không", vui lòng nộp tài liệu đó kèm theo mẫu đơn này.**

**Nếu quý vị không thể chia sẻ thông tin này, vui lòng giải thích lý do tại sao:**

Vui lòng cung cấp (các) tên và số điện thoại của những người khác (nhà cung cấp dịch vụ điều trị, thành viên trong gia đình, đối tác chuyên gia) sẵn lòng chia sẻ thêm thông tin với Optum TERM.

**Tên:** \_\_\_\_\_ **Số điện thoại:** \_\_\_\_\_

**Tên:** \_\_\_\_\_ **Số điện thoại:** \_\_\_\_\_

**Tên của quý vị (vui lòng viết rõ ràng):** \_\_\_\_\_

**Chữ ký của quý vị:** \_\_\_\_\_

**Ngày:** \_\_\_\_\_

**Quý vị sẽ nhận được thông báo trong vòng ba ngày làm việc xác nhận rằng Optum TERM đã nhận được khiếu nại.**