

## Queja De Discriminación

Las leyes federales y estatales no permiten que el Programa TennCare lo trate de manera diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo, religión o cualquier otro grupo protegido por la ley. ¿Piensa que ha sido tratado de manera diferente por estas razones? Use estas hojas para presentar una queja a TennCare.

Es obligatorio proporcionar la información marcada con un asterisco (\*). Si necesita más espacio para decirnos lo que pasó, use otras hojas de papel y envíelas con su queja.

### 1. Escriba su nombre y dirección.\*

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Hogar: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo o Celular(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del MCO/plan de seguro médico: \_\_\_\_\_

### 2. ¿Está usted presentando esta queja en nombre de otra persona? \* Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si respondió Sí, ¿quién piensa usted que fue tratado de manera diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, discapacidad, edad, sexo, religión o cualquier otro grupo protegido por la ley?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Hogar: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo o Celular(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Qué relación tiene usted con esta persona (cónyuge, hermano, amigo)? \_\_\_\_\_

Nombre del MCO/plan de seguro médico de esa persona: \_\_\_\_\_

**3. ¿Cuál parte del Programa TennCare cree que lo trató de una manera diferente?\***

Servicios médicos \_\_\_\_\_ Servicios dentales \_\_\_\_\_ Servicios de farmacia \_\_\_\_\_  
Servicios y apoyos de largo plazo \_\_\_\_\_ Servicios de elegibilidad \_\_\_\_\_  
Apelaciones \_\_\_\_\_

**4. ¿Por qué cree que lo trataron de una manera diferente? \* Fue a causa de su**

Raza \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Color de la piel \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Discapacidad \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Otra cosa \_\_\_\_\_

**5. ¿Cuál es la mejor hora para llamarlo acerca de esta queja?**

\_\_\_\_\_

**6. ¿Cuándo sucedió esto? ¿Sabe la fecha?\***

Fecha en que comenzó: \_\_\_\_\_ Última fecha en que sucedió: \_\_\_\_\_

**7. Las quejas deben reportarse no más de 6 meses de la fecha en que piensa que fue tratado de una manera diferente.** Si tiene una causa justificada (como enfermedad o fallecimiento en la familia), puede reportar su queja más de 6 meses después.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. ¿Qué sucedió?\***

¿Cómo y por qué piensa que pasó? ¿Quién lo hizo? ¿Piensa que alguna otra persona también fue tratada de una manera diferente? Si necesita más lugar, puede escribir en otra(s) hoja(s) y enviarlas con estas hojas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. ¿Alguien vio cómo lo trataban de una manera diferente?**

Si es así, por favor, proporcione la siguiente información sobre esa persona:

Nombre

Dirección

Teléfono

---

---

**10. ¿Tiene usted más información que nos desee dar?**

---

---

---

---

---

**11. No podemos aceptar ninguna queja que no esté firmada.\***

Por favor, escriba su nombre y la fecha en la línea de abajo. ¿Es usted el Representante Autorizado de la persona que piensa que fue tratada de manera diferente? Firme abajo. Como el Representante Autorizado, usted debe tener un comprobante de que puede actuar en nombre de esta persona. Si el paciente es menor de 18 años de edad, uno de los padres o tutor debe firmar en su nombre. **Declaración:** *Declaro que la información presentada en esta queja es verídica y correcta y doy mi autorización para que TennCare investigue mi queja.*

---

**(Firme aquí si usted es la persona de quien trata esta queja)**

(Fecha)

---

(Firme aquí si usted es el Representante Autorizado)

(Fecha)

¿Está usted reportando esta queja en nombre de otra persona pero usted no es el Representante Autorizado de la persona? Firme abajo. **La persona para quien usted está reportando esta queja debe firmar arriba o debe decirle a su plan de seguro médico o a TennCare que está bien que él/ella firme en su lugar. Declaración:** *Afirmo que la información contenida en esta queja es verdadera y correcta y doy mi permiso para que TennCare se comuniquen conmigo acerca de esta queja.*

---

(Firme aquí si está reportando en nombre de otra persona)

(Fecha)

**¿Es usted ayudante de TennCare o del MCO/plan de seguro médico y está ayudando al miembro de buena fe a presentar la queja?** Si es así, por favor firme abajo:

---

(Firme aquí si usted es ayudante de TennCare o del MCO/plan de seguro médico) (Fecha)

Está bien que reporte una queja a su MCO/plan de seguro médico o a TennCare. La información contenida en esta queja se trata de manera privada. Los nombres y otros datos sobre las personas que aparecen en esta queja sólo se divulgan cuando es necesario. Por favor, envíe una hoja de Autorización para Divulgar Información con su queja. Si está presentando esta queja en nombre de otra persona, pídale a la persona que firme la hoja de Autorización para Divulgar Información y envíela por correo con esta queja. Conserve una copia de todo lo que envíe. Envíe las hojas firmadas de la Queja y la Autorización para Divulgar Información a:

**TennCare, Office of Civil Rights Compliance**

310 Great Circle Road; Floor 3W  
Nashville, TN 37243

Teléfono: 615-507-6474 o gratis en el 855-857-1673, (TRS 711)

Correo electrónico: [HCFA.fairtreatment@tn.gov](mailto:HCFA.fairtreatment@tn.gov)

## Autorización para Divulgar Información

Para investigar su queja, es posible que TennCare y BlueCare Tennessee (BlueCare o TennCareSelect) tengan que divulgar su nombre u otra información sobre usted a otras personas o agencias importantes en esta queja.

**Para acelerar la investigación de su queja, lea, firme y envíe por correo una copia de esta Autorización para Divulgar Información con su queja. Por favor, conserve una copia para usted.**

- Entiendo que durante la investigación de mi queja TennCare y BlueCare Tennessee (BlueCare o TennCareSelect) posiblemente tengan que dar mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias. Por ejemplo, si reporto que mi doctor me trató de manera diferente debido al color de mi piel, es posible que BlueCare Tennessee (BlueCare o TennCareSelect) tenga que hablar con mi doctor.
- Usted no tiene que estar de acuerdo en divulgar su nombre u otra información. No siempre se necesita para investigar una queja. Aunque no firme la autorización trataremos de investigar su queja. Pero, si usted no está de acuerdo en permitirnos usar su nombre u otros detalles, eso podría limitar o detener la investigación de su queja. Y, tal vez tengamos que cerrar su caso. Sin embargo, antes de cerrar su caso, si no podemos seguir investigando su queja porque usted no firmó la autorización, podríamos comunicarnos con usted para preguntarle si quiere firmar una autorización para que la investigación pueda continuar.

Si usted está presentando esta queja para otra persona, necesitamos que esa persona firme la Autorización para Divulgar Información. ¿Está firmando esto en la capacidad de Representante Autorizado? Si es así, también debe darnos una copia de los documentos que lo nombran como Representante Autorizado.

**Al firmar esta Autorización para Divulgar Información, acepto que he leído y entiendo mis derechos dispuestos anteriormente. Yo autorizo a TennCare para que dé mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias importantes en esta queja durante la investigación y el resultado.**

**Al firmar esta Autorización para Divulgar Información, acepto que he leído y entiendo mis derechos dispuestos anteriormente. Yo autorizo a BlueCare Tennessee (BlueCare o TennCareSelect) que dé mi nombre u otra información sobre mí a otras personas o agencias importantes en esta queja durante la investigación y el resultado.**

Esta Autorización para Divulgar Información tiene vigencia hasta el resultado final de su queja. Usted puede cancelar su autorización en cualquier momento llamando o escribiendo a TennCare o a BlueCare Tennessee (BlueCare o TennCareSelect) sin cancelar su queja. Si cancela su autorización, la información ya divulgada no se puede hacer desconocer.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Necesita ayuda? ¿Quiere reportar una queja? Por favor llame o envíe una queja y una Autorización para Divulgar Información completadas y firmadas a:**

### TennCare, Office of Civil Rights Compliance

310 Great Circle Road; Floor 3W  
Nashville, TN 37243

Correo electrónico: HCFA.fairtreatment@tn.gov  
Teléfono: 615-507-6474 o gratis en el  
855-857-1673, (TRS 711)

**Spanish: Español** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al BlueCare 1-800-468-9698. Llame al TennCare-Select 1-800-263-5479 (TTY: 711: 888-418-0008).

**Kurdish:** ناگاداری: ئهگهر به زمانی کوردی قهسه دهکبهیت، خز مهنگوزار پهکانی یار مهتی زمان، بهخواری، بو تو بهر دهسته پهیهندی به 1-800-263-5479 TennCareSelect 1-800-468-9698 BlueCare (711: 888-418-0008) TTY بکه.



**¿Necesita ayuda con su atención médica, para hablar con nosotros o para leer lo que le enviamos? Llámenos gratis al: BlueCare 1-800-468-9698 o TennCareSelect 1-800-263-5479 (TTY: 711 y pida el 888-418-0008).**

Obedecemos las leyes de derechos civiles federales y estatales. No tratamos de manera diferente a las personas debido a su raza, color, origen, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo. ¿Siente que no le dimos ayuda o que lo tratamos de manera diferente? Llame al BlueCare 1-800-468-9698, TennCareSelect 1-800-263-5479 o al TennCare 855-857-1673 (TRS 711) gratuitamente.

BlueCare Tennessee  
1 Cameron Hill Circle | Chattanooga, TN 37402

**bluecare.bcbst.com**

BlueCare Tennessee y BlueCare son licenciatarios independientes de BlueCross BlueShield Association

BCT-60 (9/17)

BCT Unfair Treatment Form