



Opsijonal ang form na ito. Matutulungan ka ng Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) (SCFHP Cal MediConnect) na punan ang form na ito o maaari kang maghain ng karaingan o apela sa pasalitang paraan sa pamamagitan ng pagtawag sa Serbisyo para sa Mamimili sa 1-877-723-4795 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Makikipag-ugnayan sa iyo ang isang tao sa pamamagitan ng tawag sa telepono sa oras na matanggap namin ang form na ito. Tutulungan ka namin sa anumang paraang makakaya namin at sasagutin namin ang anumang tanong na mayroon ka. Matutulungan ka namin sa alinmang wika.

Pangalan ng Miyembro: _____

ID ng Miyembro: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

Address: _____

Telepono sa Tahanan: _____ Cell Phone: _____

Pangalan ng taong sumasagot kung iba sa nasa itaas: _____

Kaugnayan: _____ Telepono: _____

Petsa ng Problema: _____

Ilarawan ang problema sa detalyadong paraan (gamitin ang likod ng pahinang ito kung kailangan mo ng higit pang espasyo para magsulat):

Ano ang nais mong gawin ng isang tao tungkol sa problema?

Kakailanganin mo ba ng tulong sa wika?

Oo Hindi Gustong wika: _____

Mayroon ka bang problemang nangangailangan ng medikal na atensiyon sa susunod na 72 oras o nakakaranas ka ba ngayon ng malubhang kirot o pananakit?

Oo Hindi

Pirma*: _____ Petsa: _____

* Kung pinirmahan ng isang tao na bukod pa sa miyembro, dapat magkaroon ang SCFHP ng kopya ng pinirmahang form na Appointment of Representative (Pagtatalaga ng Kinatawan, AOR) o katumbas na nakasulat na abiso.

SCFHP USE ONLY

Grievance Appeal SCFHP RECEIPT DATE/TIME: _____

Makakakuha ka ng tulong mula sa California Department of Managed Health Care (Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California)

Ang California Department of Managed Health Care ay responsable sa pangangasiwa ng mga plano sa serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat mo munang tawagan ang iyong planong pangkalusugan sa **1-877-723-4795** at gamitin ang proseso sa karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa Departamento. **Hindi pinaghihigpitan ng paggamit ng proseso sa karaingan na ito ang anumang potensiyal na legal na karapatan o remedyong maaaring mayroon para sa iyo.**

Kung kailangan mo ng tulong sa isang karaingang nauugnay sa isang emergency, karaingang hindi kasiya-siyang nalutas ng iyong planong pangkalusugan, o karaingang nananatiling hindi nalulutas sa higit 30 araw, maaari mong tawagan ang Departamento para sa tulong. Para sa mga agarang isyu, maaari mo munang tawagan ang Departamento nang hindi naghahain ng karaingan sa iyong planong pangkalusugan.

Maaaring kwalipikado ka rin para sa isang Independent Medical Review (Hiwalay na Medikal na Pagsusuri, IMR). Kung kwalipikado ka para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng walang kinikilingang pagsusuri ng mga medikal na desisyong ginawa ng isang planong pangkalusugan na nauugnay sa medikal na pangangailangan ng pinapanukalang serbisyo o paggamot, mga desisyon sa pagsaklaw ng mga paggamot na pang-eksperimento o pangsiyasat ang kalikasan at mga hindi pagkakasundo sa pagbabayad para sa mga pang-emergency o agarang medikal na serbisyo.

Mayroon ding libreng numero ng telepono ang Departamento (**1-888-466-2219**) at linya ng TTY (**1-877-688-9891**) para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Makikita sa online sa internet website ng Departamento www.dmhc.ca.gov ang mga form ng reklamo, form sa aplikasyon ng IMR, at instruksiyon.

Bilang benepisyaryo ng Medi-Cal, maaari kang humiling ng Pagdinig ng Estado. Kung mapagpasiyahan mong humiling ng pagdinig, dapat mo itong gawin sa susunod na 120 araw sa kalendaryo mula sa pagpapadala ng iyong abiso. Mangyaring makipag-ugnayan sa SCFHP para sa mga form na kailangan mo. Available din ang mga ito mula sa Santa Clara County Department of Social Services (Departamento ng Mga Serbisiyong Panlipunan ng Santa Clara County). Mayroon ding impormasyon tungkol sa proseso ng Pagdinig ng Estado:

- Telepono: **1-800-952-5253**
TTY: **1-800-952-8349**
- Sumulat sa: California Department of Social Services
State Hearings Division
PO Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Pagkuha ng tulong mula sa Medicare

Maaari mong direktang tawagan ang Medicare para sa tulong sa mga problema. Ito ang dalawang paraan para makakuha ng tulong mula sa Medicare:

- Telepono: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY: **1-877-486-2048**. Libre ang pagtawag.
- Website: **www.medicare.gov**

Makakakuha ka ng tulong mula sa Quality Improvement Organization (Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad, QIO)

Ang ating estado ay may organisasyong tinatawag na Livanta Beneficiary and Family Centered Care (BFCC)-Quality Improvement Organization (QIO). Isa itong grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong pahusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare.

Makipag-ugnayan sa Livanta BFCC-QIO kung mayroon kang problema sa kalidad ng pangangalagang natanggap mo o sa palagay mo ay masyadong maagang magtatapos ang iyong pananatili sa ospital o ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad para sa dalubhasang pangangalaga, o pasilidad para sa komprehensibong rehabilitasyon ng outpatient (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF). Hindi konektado ang Livanta BFCC-QIO sa aming plano.

- Telepono: **1-877-588-1123**, available 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY: **1-855-877-6668**, ang numerong ito ay para sa mga taong may kahirapan sa pandinig o pagsasalita. Kailangan mo ng espesyal na kagamitan sa telepono para tawagan ito.
- Fax: Mga Apela: **1-855-694-2929**
Lahat ng iba pang pagsusuri: **1-844-420-6672**
- Sumulat sa: Livanta BFCC-QIO
10520 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701
- Website: **www.livanta.com**

Ang Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal para magbigay ng mga benepisyo ng parehong programa sa mga nagpatala.

SADYANG INIWANG BLANGKO ANG PAHINANG ITO.

Labag sa batas ang diskriminasyon. Sumusunod ang Santa Clara Family Health Plan Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) (SCFHP Cal MediConnect) sa mga Pang-estado at Pederal na batas sa mga karapatang sibil. Ang SCFHP Cal MediConnect Plan ay hindi nandiskrimina, nagsasantabi ng mga tao, o nakikitungo sa kanila sa ibang paraan nang labag sa batas dahil sa kanilang kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, pisikal na kapansanan, kondisyong medikal, henetikong impormasyon, katayuan sa kasal, gender, pagkakakilanlan ng kasarian, o seksuwal na oryentasyon.

Nagbibigay ang SCFHP Cal MediConnect ng:

- Mga libreng tulong at serbisyo sa mga taong may mga kapansanan upang matulungan silang makipag-usap nang mas madali, gaya ng:
 - Mga kwalipikadong sign language interpreter
 - Mga nakasulat na impormasyon sa iba pang format (malaking print, audio, mga naa-access na elektronikong format, iba pang format)
- Mga libreng serbisyo sa wika sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing ginagamit na wika, gaya ng:
 - Mga kwalipikadong interpreter
 - Impormasyong nakasulat sa iba pang wika

Kung kailangan mo ng mga ganitong serbisyo, makipag-ugnayan sa SCFHP Cal MediConnect mula 8 a.m. hanggang 8:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-877-723-4795. Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa 711. Kapag hiniling, maaaring gawing available sa iyo ang dokumentong ito sa braille, malaking print, audiocassette, o elektronikong anyo. Para makakuha ng kopya sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa:

**Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158
1-877-723-4795 (TTY: 711)**

PAANO MAGHAIN NG HINAING

Kung naniniwala kang hindi naibigay ng SCFHP Cal MediConnect ang mga serbisyong ito o labag sa batas na nandiskrimina ito sa ibang paraan batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, pisikal na kapansanan, kondisyong medikal, henetikong impormasyon, katayuan sa kasal, gender, pagkakakilanlan ng kasarian, o seksuwal na oryentasyon, maaari kang maghain ng hinaing sa SCFHP Cal MediConnect. Maaari kang maghain ng hinaing sa pamamagitan ng telepono, pagsulat, pagpunta nang personal, o sa elektronikong paraan:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Makipag-ugnayan sa SCFHP Cal MediConnect mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-877-723-4795. Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa 711.

- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang isang form ng reklamo o sumulat at ipadala ito sa:
Attn: Grievance and Appeals Department
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose, CA 95119
- Sa personal: Bisitahin ang tanggapan ng iyong doktor o ng SCFHP Cal MediConnect at sabihin na gusto mong maghain ng hinaing.
- Sa elektronikong paraan: Bisitahin ang website ng SCFHP Cal MediConnect sa www.scfhp.com.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

Maaari ka ring maghain ng reklamo tungkol sa mga karapatang sibil sa Office of Civil Rights ng California Department of Health Care Services sa pamamagitan ng telepono, pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa **916-440-7370**. Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, tumawag sa **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang isang form ng reklamo o sumulat sa:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Available ang mga form ng reklamo sa http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Sa elektronikong paraan: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Kung naniniwala kang ikaw ay nadiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian, maaari ka ring maghain ng reklamo tungkol sa mga karapatang sibil sa Office for Civil Rights ng U.S. Department of Health and Human Services sa pamamagitan ng telepono, pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa **1-800-368-1019**. Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, mangyaring tumawag sa **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang isang form ng reklamo o sumulat sa:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Makakakuha ng mga form ng reklamo sa <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Sa elektronikong paraan: Bisitahin ang Office for Civil Rights Complaint Portal sa <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-723-4795 (TTY: 711), Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de ayuda de idiomas gratis disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratis.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến Dịch Vụ Khách Hàng theo số 1-877-723-4795 (TTY: 711), từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Cuộc gọi là miễn phí.

中文 (Chinese): 注意: 如果您说中文, 您可申请免费语言援助服务。请于星期一至星期五早上 8 点至晚上 8 点致电 1-877-723-4795 (TTY 用户请致电 711) 与客户服务部联系。本电话免费。

Tagalog (Tagalog): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang mga serbisyong tulong sa wika na walang bayad. Tumawag sa Serbisyo para sa Mamimili sa 1-877-723-4795 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang pagtawag ay libre.

한국어(Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 월요일부터 금요일 오전 8시부터 저녁 8시까지 1-877-723-4795 (TTY: 711)번으로 고객 서비스부에 연락해 주십시오. 통화는 무료입니다.

Հայերեն (Armenian). ՈՒՇԱՂՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, ապա լեզվական օգնության ծառայությունները Ձեզ կտրամադրվեն անվճար: Զանգահարեք հաճախորդների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-877-723-4795 (TTY. 711), երկուշաբթից ուրբաթ՝ ժ. 8:00 - 20:00: Զանգն անվճար է:

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Службу поддержки клиентов по номеру 1-877-723-4795 (телетайп: 711), с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک‌زبانی به‌صورت رایگان در دسترس شما قرار دارد. روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح الی 8 شب، با واحد خدمات مشتریان به شماره 1-877-723-4795 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

日本語 (Japanese): ご注意: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。カスタマーサービス 1-877-723-4795 (TTY: 711) までお電話下さい。サービス時間帯は月曜日から金曜日の午前8時から午後8時までです。通話は無料です。

Ntawv Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, peb muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau Lub Chaw Pab Cuam Neeg Qhua rau ntawm tus xov tooj 1-877-723-4795 (TTY: 711), hnub Monday txog Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Qhov hu no yog hu dawb xwb.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-723-4795 (TTY: 711) 'ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੇਵਾ ਨੂੰ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤੀਂ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਕਰਨ ਦਾ ਪੈਸਾ ਨਹੀਂ ਲੱਗਦਾ।

:العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 1-877-723-4795 (الهاتف النصي لضعاف السمع (TTY: 711) من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً. الاتصال مجاني.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आप हिंदी, भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएँ निःशुल्क उपलब्ध हैं। ग्राहक सेवा को 1-877-723-4795 (TTY: 711) पर, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 से शाम 8:00 बजे तक कॉल करें यह कॉल निःशुल्क है।

ภาษาไทย (Thai): โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย จะมีบริการความช่วยเหลือทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย ติดต่อศูนย์บริการลูกค้าได้ที่ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ได้ในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น. ไม่มีค่าใช้จ่ายในการโทร

ខ្មែរ (Khmer): ជូនចំពោះ: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាសេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានជួនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មអតិថិជនតាមលេខ 1-877-723-4795 (TTY: 711) ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រម៉ោង 8 ព្រឹក។ ដល់ម៉ោង 8 យប់ ការហៅទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

ພາສາລາວ (Lao): ໂບດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ຄິດຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ສໍາລັບທ່ານ. ໂທຫາສູນບໍລິການລູກຄ້າໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-723-4795 (TTY: 711), ວັນຈັນ ຫາ ວັນສຸກ ເວລາ 8 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8 ໂມງແລງ. ໂທຟຣີ.

Mien Tagline (Mien): JANGX LONGX: Beiv taux meih benx gorngv ang gitv waac nyei mienh nor, duqv mbenc maaih nzie weih gong tengx wang-henh faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv nyaanh, mbenc nzoih liouh bun meih longc. Douc waac daaih lorx taux nzie weih zipv kaeqv gorn zangc yiem njiec naaiv 1-877-723-4795 (TTY: 711), yiem naaiv liv baaiz yietv mingh taux liv baaiz hmz bouc dauh, yiem 8 diemv lungv ndorm ziagh hoc mingh 8 diemv lungv muonz. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc cuotv nyaanh oc.

Примітка українською (Ukrainian): УВАГА: Якщо ви розмовляєте англійською мовою, ви можете безкоштовно скористатися доступними послугами перекладача. Телефонуйте до служби підтримки клієнтів за номером 1-877-723-4795 (телефонний пристрій із текстовим вводом [Teletype TTY]: 711), понеділок-п'ятниця, з 8:00 до 20:00. Дзвінок безкоштовний.