

Hoja de instrucciones para el formulario de Designación de representante (AOR)

Cómo completar el formulario de AOR:

- Nombre de la persona: Escriba el nombre completo del miembro del Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid) (Plan de Cal MediConnect de SCFHP).
- Número de Medicare: Dé el número de Medicare del miembro que está en su tarjeta de Medicare.
- **Sección 1: Designación de representante**
 - Esta sección nos informa de la persona que usted quiere que lo represente en su decisión sobre cobertura o en su queja.
 - En el campo en blanco después de “Yo designo a esta persona”, escriba el nombre de su representante.
 - Debajo de “Firma de la persona que solicita representación”, firme el formulario, escriba la fecha y complete el resto de la Sección 1.
- **Sección 2: Aceptación de la designación**
 - Su representante debe completar esta sección.
 - En el primer campo en blanco, su representante debe escribir su nombre completo.
 - El segundo campo es donde el representante declara su relación con usted. Por ejemplo, podría ser su familiar, abogado o persona encargada del cuidado.
 - Su representante debe firmar debajo de “Firma del representante”, escribir la fecha y completar el resto de la Sección 2.
- **Sección 3: Exención de pago por representación**
 - Su representante debe completar esta sección si es abogado, proveedor o persona encargada del cuidado pagada. Esto confirma que no le cobrarán por ser su representante.
- **Sección 4: Exención de pago por los productos o servicios en cuestión**
 - Su representante debe completar esta sección si es un proveedor.
 - Firmando esta sección, acuerdan no cobrarle por productos o servicios si lo representan en una decisión sobre cobertura o una queja que incluya el producto o servicio que le prestaron.
- **Asegúrese de completar y firmar el formulario.**
- Envíe el formulario de AOR por correo a:
Attn: AOR Review Team
Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Si necesita ayuda para completar el formulario de AOR, llame a Servicio al Cliente del Plan de Cal MediConnect de SCFHP al 1-877-723-4795 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO DE FORMA INTENCIONAL

La discriminación es ilegal. El Plan de Cal MediConnect de Santa Clara Family Health Plan (Plan de Medicare-Medicaid) (Plan de Cal MediConnect de SCFHP) cumple las leyes federales y estatales de derechos civiles. El Plan de Cal MediConnect de SCFHP no discrimina, no excluye ni trata a las personas ilegalmente de manera diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, estado médico, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

El Plan de Cal MediConnect de SCFHP presta:

- Apoyo y servicios gratis a personas con discapacidades para ayudarlas a comunicarse mejor, como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
 - información por escrito en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Servicios de idioma gratis a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - intérpretes calificados;
 - información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., llamando al 1-877-723-4795. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al 711. Si lo pide, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

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

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si cree que el Plan de Cal MediConnect de SCFHP no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente de otra manera por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, estado médico, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas y Apelaciones del Plan de Cal MediConnect de SCFHP. Puede hacerlo por teléfono, por escrito, en persona o de forma electrónica:

- Por teléfono: Comuníquese con el Plan de Cal MediConnect de SCFHP de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., llamando al 1-877-723-4795. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al 711.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

**Attn: Grievance and Appeals Department
Santa Clara Family Health Plan
6201 San Ignacio Ave
San Jose, CA 95119**

- En persona: Vaya al consultorio de su médico o al Plan de Cal MediConnect de SCFHP y diga que quiere presentar una queja.
 - De forma electrónica: Visite el sitio web del Plan de Cal MediConnect de SCFHP en www.scfhp.com.
-

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA (DHCS) DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al **916-440-7370**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al **711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**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**

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- De forma electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.
-

OFICINA DE DERECHOS CIVILES: DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS (DHHS) DE LOS EE. UU.

Si cree que lo han discriminado por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al **1-800-537-7697** (TTY/TDD).
- Por escrito: Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- De forma electrónica: Visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <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 नि:शुल्क 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 नि:शुल्क 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: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសាសេវាជំនួយផ្នែកភាសាមានជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ 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.