

Ang form na ito ay di-sapilitan. Maaaring makatulong sa iyo ang Santa Clara Family Health Plan na punan itong form o maaari kang pasalitang maghain ng karaingan sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa **1-800-260-2055**, 8:30 ng umaga hanggang 5:00 ng gabi, Lunes - Byernes. Ang mga gumagamit ng TTY/TDD ay dapat tumawag sa **1-800-735-2929**. O, may makikipag-ugnayan sa iyo sa telepono sa sandaling matanggap namin ang form na ito. Tutulungan ka namin sa anumang paraan na kaya namin at sasagot sa anumang mga katanungan na mayroon ka. Matutulungan ka namin sa anumang wika.

Mga Kinakailangang Bahasa: _____**ID ng Miyembro:** _____ **Petsa ng kapanganakan:** _____**Address:** _____**Telepono (Tahanan):** _____ **Telepono (Trabaho/Cell):** _____**Pangalan ng taong sumasagot kung iba sa nasa itaas:** _____**Kaugnayan:** _____ **Telepono:** _____**Petsa ng problema:** _____**Ilarawan ang mga detalye ng problema:**

Ano ang nais mong gawin ng sinuman tungkol sa problema?

Kakailanganin mo ba ng tulong sa wika? Oo Hindi **Gustong Wika:** _____**May problema ka ba na nangangailangan ng medikal na atensiyon sa loob ng susunod na tatlong araw, o nakararanas ka ba ng matinding pananakit?** Oo Hindi

Lagda*: _____ **Petsa:** _____

*Kung nilagdaan ng isang taong iba kaysa Miyembro, kinakailangan ang Form ng Awtorisadong Kinatawan o Authorized Representative Form (ARF).

 Grievance Appeal**SCFHP USE ONLY**

SCFHP RECEIPT DATE: _____

FOR INTERNAL USE ONLY

Received by: _____ Date: _____

Referred to: _____ Date: _____

Information/Resolution:

Patient Notified: Yes No

Notified by: _____ **Date:** _____

Special assistance provided (language, transportation):

Hinihingi ng Department of Managed Health Care mula sa Santa Clara Family Health Plan na ipagbigay-alam sa iyo ang mga sumusunod:

Responsable ang California Department of Managed Health Care para sa pagkontrol sa mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat mo munang tawagan ang iyong planong pangkalusugan sa **1-800-260-2055** at gamitin ang proseso sa karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa kagawaran. Ang paggamit ng pamamaraang ito para sa karaingan ay hindi nagbabawal sa anumang mga posibleng legal na karapatan o remedyo na maaari mong magamit. Kung kailangan mo ng tulong para sa isang karaingan na kinasasangkutan ng isang emergency, karaingan na hindi kasiya-siyang nalutas ng iyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na nananatiling hindi nalulutas sa loob ng mahigit sa 30 araw, maaari mong tawagan ang departamento para sa tulong. Maaaring karapat-dapat ka rin para sa isang Independent Medi-Cal Review (IMR). Kung karapat-dapat ka para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng isang walang kinikilingang pagsusuri sa mga medikal na desisyong ginawa ng planong pangkalusugan na may kinalaman sa medikal na pangangailangan sa ipinanukalang serbisyo o paggamot, mga desisyon sa nasasaklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o pang-imbetiga ang dahilan at mga pagtatalo sa pagbabayad para sa mga pang-emergency o agad na serbisyong medikal. Mayroon ding walang bayad na numero ng telepono ang departamento (**1-888-HMO-2219**) at linyang TDD (**1-877-688-9891**) para sa mga may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. May mga form sa reklamo, IMR application form at mga online na tagubilin ang Internet Web site na (<http://www.hmohelp.ca.gov>) ng departamento.

Bilang isang benepisyaryo ng Medi-Cal:

Maaari kang humiling ng isang State Fair Hearing (Makatarungang Pagdinig ng Estado). Kung nagpasiya kang humiling ng pagdinig, dapat mong isagawa iyon sa loob ng 90 araw mula sa pagpapadala sa koreo ng iyong paunawa. Mangyaring makipag-ugnayan sa Santa Clara Family Health Plan para sa mga form na kinakailangan mo. Makakukuha rin ng mga iyon mula sa Department of Social Services (Departamento ng Mga Serbisyong Panlipunan) ng Santa Clara County.

Makakukuha rin ng impormasyon tungkol sa proseso ng State Fair Hearing sa pamamagitan ng pagliham sa

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

O sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-800-952-5253** o TDD **1-800-952-8349**.