

Mẫu Đơn Phàn Nàn Dành Cho Hội Viên

Tại Alameda Alliance for Health (Alliance), sự hài lòng của quý vị có ý nghĩa rất quan trọng đối với chúng tôi. Nếu quý vị gặp vấn đề với Alliance, quý vị có quyền khiếu nại. Việc này cũng được gọi là nộp đơn phàn nàn.

HƯỚNG DẪN

- Vui lòng viết in hoa rõ ràng hoặc nhập thông tin vào tất cả các trường bên dưới. Quý vị có thể đính kèm thêm trang nếu cần.
- Vui lòng gửi mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin qua đường bưu điện hoặc nộp trực tiếp theo địa chỉ:
 - Gửi qua đường bưu điện:** Alameda Alliance For Health, Attn: Member Services, PO Box 2818, Alameda, CA 94501-0818
 - Nộp trực tiếp:** 1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502
(Giờ Làm Việc Tại Sảnh: Thứ Ba, Thứ Tư và Thứ Năm, 9 giờ sáng – 11 giờ sáng và 2 giờ chiều – 4 giờ chiều)

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp về biểu mẫu này, vui lòng liên hệ:

Ban Dịch Vụ Hội Viên Alliance, Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng – 5 giờ chiều
Số Điện Thoại: **1.510.747.4567** • Số Điện Thoại Miễn Cước: **1.877.932.2738**
Nếu quý vị không thể nghe hoặc nói rõ (Dịch Vụ Chuyển Tiếp California [California Relay Service, CRS]/Máy Đánh Chữ Điện Báo [Teletypewriter, TTY]): **711/1.800.735.2929**
www.alamedaalliance.org

PHẦN 1: THÔNG TIN HỘI VIÊN

Họ: _____ Tên: _____
Ngày Sinh: _____ Số ID Hội Viên Alliance: _____
Địa Chỉ: _____
Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____
Số Điện Thoại: _____ ☐ Nhà Riêng ☐ Di Động

Nếu một người khác điền thông tin vào biểu mẫu này:

Tên Người Nộp Đơn Phàn Nàn: _____ Số Điện Thoại: _____
Nơi Xảy Ra Sự Việc: _____ Ngày Xảy Ra Sự Việc: _____
Vui lòng mô tả vấn đề của quý vị: _____
Quý vị đã cố gắng giải quyết vấn đề này như thế nào? _____
Quý vị nghĩ rằng vấn đề của quý vị nên được giải quyết như thế nào? _____

MỤC 2: CHỮ KÝ

Họ Tên (Viết Hoa): _____
Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Sở Quản Lý Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe California chịu trách nhiệm quản lý các chương trình dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị có phàn nàn về chương trình bảo hiểm sức khỏe của mình, trước tiên quý vị nên gọi điện đến chương trình bảo hiểm sức khỏe theo số **1-510-747-4567** và sử dụng quy trình phàn nàn của chương trình bảo hiểm sức khỏe trước khi liên hệ với Sở. Việc sử dụng thủ tục phàn nàn này không ngăn cản bất cứ quyền pháp lý hay biện pháp khắc phục tiềm năng nào mà quý vị có thể có. Nếu cần được giúp đỡ xử lý phàn nàn liên quan đến trường hợp cấp cứu, phàn nàn chưa được chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị giải quyết thỏa đáng hoặc phàn nàn vẫn chưa được giải quyết sau hơn 30 ngày, quý vị có thể gọi đến Sở để được hỗ trợ. Quý vị cũng có thể hội đủ điều kiện được Duyệt Xét Y Khoa Độc Lập (Independent Medical Review, IMR). Nếu quý vị hội đủ điều kiện được IMR, quy trình IMR sẽ duyệt xét công bằng các quyết định y tế do chương trình bảo hiểm sức khỏe đưa ra liên quan đến tính cần thiết về mặt y tế của một dịch vụ hoặc phương pháp điều trị được đề xuất, các quyết định bảo hiểm cho những phương pháp điều trị mang tính thử nghiệm hoặc nghiên cứu và các tranh chấp về thanh toán đối với các dịch vụ y tế cấp cứu hoặc khẩn cấp. Sở cũng có số điện thoại miễn cước (**1-888-466-2219**) và đường dây Thiết Bị Viễn Thông Dành Cho Người Khiếm Thính (Telecommunications Device for the Deaf, TDD) (**1-877-688-9891**) dành cho người khiếm thính và khiếm ngôn. Trang web **www.dmh.ca.gov** của Sở cung cấp các mẫu đơn khiếu nại, mẫu đơn đăng ký IMR và hướng dẫn trực tuyến.

Quý vị cũng có quyền nộp đơn phàn nàn nếu quý vị tin rằng Alliance đã không cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người chuyển giới. “Dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người chuyển giới” có nghĩa là dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện phù hợp với các tiêu chuẩn chăm sóc dành cho những người tự nhận mình là người chuyển giới, đa dạng giới hoặc liên giới tính (intersex, TGI), tôn trọng quyền tự chủ về cơ thể của mỗi người, không đưa ra giả định về giới tính của cá nhân, chấp nhận sự linh hoạt về giới và cách thể hiện giới tính không theo truyền thống, cũng như đối xử với mọi người bằng lòng trắc ẩn, sự thấu hiểu và tôn trọng.