

فرم شکایت اعضا

در Alameda Alliance for Health (Alliance)، رضایت شما برای ما اهمیت دارد. اگر با Alliance دچار مشکلی شدید، حق دارید شکایت کنید. به این کار ثبت شکایت نیز گفته می‌شود.

دستورالعمل‌ها

1. لطفاً تمامی بخش‌های زیر را با خط خوانا بنویسید یا تایپ کنید. در صورت نیاز می‌توانید صفحات اضافی ضمیمه کنید.
2. لطفاً فرم تکمیل‌شده را از طریق پست یا به‌صورت حضوری ارسال کنید:

• **نشانی پستی:** Alameda Alliance For Health, Attn: Member Services, PO Box 2818, Alameda, CA 94501-0818

• **حضوری:** 1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502 (ساعات پذیرش: سه‌شنبه، چهارشنبه و پنج‌شنبه، ساعت 9 صبح تا 11 صبح و 2 بعدازظهر تا 4 بعدازظهر)

اگر سوالی دارید یا برای تکمیل این فرم کمک می‌خواهید، لطفاً تماس بگیرید:

بخش خدمات اعضای Alliance، دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 5 بعدازظهر

شماره تلفن: **1.510.747.4567** • شماره رایگان: **1.877.932.2738**

در صورتی که در شنیدن یا صحبت کردن مشکل دارید (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**

www.alamedaalliance.org

بخش 1: اطلاعات عضو

نام خانوادگی: _____ نام: _____
تاریخ تولد: _____ شماره شناسایی عضو Alliance: _____
آدرس: _____
شهر: _____ ایالت: _____ زیپ‌کد: _____
شماره تلفن: _____ ☐ منزل ☐ همراه

اگر شخص دیگری این فرم را تکمیل می‌کند:

نام فردی که شکایت را ثبت می‌کند: _____ شماره تلفن: _____
محل وقوع حادثه: _____ تاریخ وقوع حادثه: _____
لطفاً مشکلی که داشتید را شرح دهید: _____
چگونه تلاش کرده‌اید این مشکل را حل کنید؟ _____
به نظر شما راه حل مناسب برای مشکل شما چیست؟ _____

بخش 2: امضاء

نام کامل (خوانا با حروف بزرگ): _____
امضاء: _____ تاریخ: _____

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده California مسئول تنظیم طرح‌های خدمات مراقبت‌های بهداشتی است. اگر شکایتی از طرح سلامت خود دارید، ابتدا باید با طرح سلامت خود به شماره **1-510-747-4567** تماس بگیرید و پیش از آنکه با بخش مربوطه تماس بگیرید، طبق فرآیند تنظیم شکایت طرح سلامت خود اقدام کنید. اقدام بر طبق این رویه تنظیم شکایت، هیچ یک از حقوق قانونی یا روش‌های دادخواهی ممکن را از شما سلب نمی‌کند. برای درخواست راهنمایی در خصوص یک شکایت با وضعیت اضطراری، شکایتی که به طور رضایت بخش توسط طرح سلامت شما رسیدگی نشده است، یا شکایتی که ظرف 30 روز به آن رسیدگی نشده است، می‌توانید با بخش تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بازبینی پزشکی مستقل (Independent Medical Review, IMR) باشید. اگر برای IMR واجد شرایط باشید، در مراحل IMR یک بررسی جزئی از تصمیم‌گیری‌های پزشکی توسط طرح سلامت در رابطه با ضرورت ارائه خدمات یا درمان‌ها، تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش‌دهی برای موارد درمانی تجربی یا تحقیقاتی، و بحث درباره پرداخت برای شرایط اورژانسی یا خدمات فوری، انجام می‌گیرد. این بخش همچنین دارای یک خط تلفن رایگان **(1-888-466-2119)** و یک خط TDD **(1-877-688-9891)** برای افراد دارای اختلال شنوایی و گفتاری است. وبسایت اینترنتی این بخش به آدرس www.dmhca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

همچنین اگر معتقد هستید که Alliance نتوانسته است خدمات بهداشتی شامل کننده افراد ترنس را ارائه دهد، شما حق دارید شکایت کنید. «خدمات بهداشتی شامل کننده افراد ترنس» به معنای ارائه خدمات بهداشتی جامع و منطبق با استانداردهای مراقبت برای افرادی است که خود را ترنسجنس، دارای تنوع جنسیتی یا بیناجنسی (transgender, gender diverse or intersex, TGI) می‌دانند، که به استقلال شخصی و حق تصمیم‌گیری فرد درباره بدنش احترام می‌گذارد، در مورد جنسیت او پیش‌داوری نمی‌کند، سیالیت جنسیتی و نمودهای جنسیتی غیرسنجی را می‌پذیرد و با همه با دلسوزی، درک و احترام رفتار می‌کند.