



शिकायत की रिपोर्ट

(प्रतिभागी के मेडिकल रिकॉर्ड का भाग नहीं है)

प्रतिभागी का नाम: _____ On Lok PACE #: _____ केंद्र/टीम: _____

अंतिम प्रथम

On Lok PACE द्वारा शिकायत प्राप्त करने की तिथि: _____

इस शिकायत को दाखिल करने में प्रतिभागी की सहायता करने वाले व्यक्ति का नाम: _____

- ☐ प्रतिभागी का प्रतिनिधि
- ☐ On Lok PACE का कर्मचारी
- ☐ कैलिफोर्निया का प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग (Department of Managed Health Care, DMHC) सहायता केंद्र
- ☐ अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें: _____

अगर प्रतिभागी के प्रतिनिधि का चयन किया जाता है, तो प्रतिभागी से संबंध का उल्लेख करें: _____

कृपया शिकायत का पूरा विवरण प्रदान करें। (घटना की तिथि, घटना का स्थान, शामिल व्यक्ति(यों) का नाम, शिकायत को हल करने के लिए उठाया गया कोई कदम और जहाँ संभव हो, प्रत्यक्ष उद्धरण शामिल है)। अगर आपको अधिक रिक्त स्थान की आवश्यकता है, तो कृपया अतिरिक्त पृष्ठों को संलग्न करें।

शिकायत की रिपोर्ट करने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

- ☐ अगर आपको लगता है कि आपके साथ भेदभाव किया गया है, तो कृपया नीचे आपके द्वारा अनुभव की जाने वाली भेदभावपूर्ण कार्रवाई का आधार लिखें (लागू होने वाले सभी को चेक करें):
☐ जाति ☐ रंग ☐ राष्ट्रीय मूल ☐ अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें): _____
- ☐ प्रतिभागी को कैलिफोर्निया के प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग से शिकायत की रिपोर्ट को पूरा करने में सहायता अनुरोध करने के उसके अधिकार और शिकायत प्रक्रिया पर लिखित जानकारी प्राप्त किए जाने के बारे में सूचित कर दिया जाता है। 1-888-446-2219 पर कैलिफोर्निया के प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग से संपर्क करके सहायता प्राप्त की जा सकती है।

**जैसे ही यह रिपोर्ट पूरी होती है, कृपया इस रिपोर्ट और अतिरिक्त पत्रों को
On Lok स्वास्थ्य योजना सेवा विभाग के पास भेजे दें।**

महत्वपूर्ण: यदि आपको इस फॉर्म को भरने में सहायता चाहिए, भाषा सहायता की आवश्यकता है, या टेलीफोन द्वारा शिकायत दर्ज करना पसंद करते हैं, तो कृपया 415-292-8895 पर या टोल-फ्री नम्बर 1-888-996-6565 (टीटीवाई: 711) पर स्वास्थ्य योजना सेवा विभाग को कॉल करें। शिकायत दर्ज करने या हमारी शिकायत प्रक्रिया के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए आप हमसे ईमेल द्वारा memberservices@onlok.org पर सम्पर्क कर सकते हैं या हमारी वेबसाइट www.onlok.org/PACE पर जा सकते हैं। सहायता सोमवार से शुक्रवार सुबह 8:30 बजे से शाम 5:00 बजे तक उपलब्ध है।

कैलिफोर्निया के प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग की शिकायत प्रक्रिया

कैलिफोर्निया के प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्लैन को विनियमित करने के लिए जिम्मेदार है। अगर आपको अपने स्वास्थ्य प्लैन से कोई शिकायत है तो आपको सबसे पहले अपने स्वास्थ्य प्लैन को **415-292-8895** या **1-888-996-6565 (टीटीवाई: 711)** पर टेलीफोन करना चाहिए और विभाग से संपर्क कर उसके समक्ष अपने स्वास्थ्य प्लैन की शिकायत प्रक्रिया का उपयोग करना चाहिए। इस शिकायत प्रक्रिया का उपयोग करने से आपको उपलब्ध किसी भी संभावित कानूनी अधिकार या उपचार को प्रतिबंधित नहीं करता है। अगर आपको ऐसी शिकायत जो आपात स्थिति से संबद्ध हो, ऐसी शिकायत जिसका समाधान आपके स्वास्थ्य प्लैन द्वारा संतोषजनक रूप से नहीं किया गया है या ऐसी शिकायत जो 30 दिनों से अधिक समय तक अनसुलझी पड़ी है, में मदद चाहिए, तो आप मदद के लिए विभाग को कॉल कर सकते हैं। आप स्वतंत्र चिकित्सा समीक्षा (Independent Medical Review, IMR) के लिए भी पात्र हो सकते हैं। अगर आप IMR के लिए पात्र हैं, तो IMR प्रक्रिया प्रस्तावित सेवा या चिकित्सा की मेडिकल आवश्यकता, ऐसी चिकित्सा के लिए कवरेज निर्णय जो प्रकृति में प्रायोगिक या जाँच योग्य हो और आपातकालीन या तत्काल चिकित्सा सेवाओं के लिए भुगतान विवाद से संबंधित किसी स्वास्थ्य प्लैन द्वारा लिए गए मेडिकल निर्णयों की निष्पक्ष जाँच उपलब्ध कराएगी। विभाग के पास बोलने और सुनने में अक्षम लोगों के लिए भी एक टोल फ्री टेलीफोन नम्बर **(1-888-466-2219)** और एक TDD लाइन **(1-877-688-9891)** भी है। विभाग के इंटरनेट वेबसाइट <http://www.dmhca.gov> में शिकायत फॉर्म, IMR आवेदन फॉर्म तथा निर्देशावली ऑनलाइन मौजूद हैं।

For On Lok PACE Staff Use Only:

On Lok PACE staff member who received the grievance: ____ Health Plan Services Dept. ____ Social Worker ____ Other

- ☐ Report received by the On Lok PACE staff member identified above: Date _____
- ☐ Health Plan Services Department notified of the grievance by telephone or e-mail: Date _____
- ☐ Health Plan Services Department telephoned acknowledgment of receipt to the participant (within 5 calendar days): Date _____ Time _____
- ☐ Health Plan Services Department sent a written acknowledgment to the participant (within 5 calendar days): Date _____
- ☐ Chief Medical Officer is notified of the grievance concerning medical care or urgent grievance: Date _____ Time _____
- ☐ Contract Manager for the Department of Health Care Services (DHCS) is notified of the grievance: Date _____ Time _____

Thirty calendar days from the day that the grievance was received, either:

- ☐ The grievance has been resolved. The Chief Medical Officer or the Senior Director of Health Plan Services has sent a report describing the problem's resolution, the basis for the resolution, and the review process if dissatisfaction continues to the participant and/or the participant's representative. **OR**
- ☐ The grievance is pending. A report with a brief explanation of the reasons for the delay has been sent to the participant and/or the participant's representative and the Contract Manager for the DHCS.

Expedited Review: Grievance involves an imminent and serious threat to the health of the participant

- ☐ The participant and/or the participant's representative are immediately notified by telephone of the receipt of the request for an expedited review.
- ☐ The participant and/or the participant's representative are notified of their right to notify the DHCS, the DMHC, and the Department of Social Services of the grievance.
- ☐ No later than 3 days from receipt of the grievance, a written statement of the final disposition or pending status of the grievance is sent to the participant and/or the participant's representative, the DHCS, and the DMHC.