



## NUESTRO PROCECEDIMIENTO PARA PROCESAR QUEJAS Y COMENTARIOS

La mejor manera de informarnos si estamos satisfaciendo sus necesidades es que nos lo diga. Si usted tiene algún problema o inquietud, queremos saberlo. Usted no recibirá un trato malo o irrespetuoso por decirnos. Para obtener información específica, consulte el folleto informativo de Reclamaciones y apelaciones, que describe todas sus opciones.

Usted puede presentar una queja, ya sea de manera verbal o por escrito. Si el problema es sobre su proveedor o nuestra agencia, usted puede presentar su queja ante nosotros.

### Esto es lo que usted debe hacer si tiene una queja:

- Llenar el Formulario de Quejas. Usted puede obtener este formulario de su proveedor de servicios o con la agencia que provee el tratamiento.
  - Explique el problema o inquietud, indicando qué le gustaría que se hiciera al respecto. Utilice más hojas de papel si es necesario.
  - Es posible que desee ayuda para llenar el formulario. Su proveedor o alguien más que trabaje en la agencia puede ayudarlo. Un miembro del personal podrá ayudarle a llenar el formulario utilizando sus propias palabras.
  - Devuelva el formulario a nuestra Oficina de Quejas si el problema o la inquietud es sobre su proveedor o agencia. Si se trata de su plan de salud, devuélvalo al plan indicado en su Tarjeta.

### O Usted Puede:

- Hable directamente a la oficina involucrada. Si el problema o la inquietud es sobre su proveedor o la agencia de tratamiento, hable con ellos. Si el problema es sobre su plan de salud, hable con la oficina indicada en el reverso de su tarjeta.
  - Para cualquier oficina con la que se comunique, dígales que desea dar su opinión o presentar una queja. Pueden pedirle que hable con una persona específica en la oficina cuya función es recibir quejas.
  - Explique el problema o la inquietud e indique lo que usted desea que suceda. Le preguntarán cómo puede ser contactado(a). Esto es para que puedan obtener más información de usted sobre el problema en caso que sea necesario, y también para que puedan informarle de la decisión sobre el asunto.

### Su Queja es Confidencial:

Su queja será confidencial. Esto es requerido por las leyes y reglas federales y estatales. Solo la agencia de tratamiento, su proveedor, su plan de salud y / o la División de Sistemas de Salud del Departamento de Servicios Humanos de Oregón pueden examinar, compartir y discutir su queja. Pueden hacer esto también para otros fines requeridos. No es necesario que usted firme una autorización para esto.

Usted le puede solicitar a otra persona que presente la queja en representación suya. Si esta persona es un Representante autorizado, no es necesario que usted firme un formulario de autorización. Pueden ver, compartir y discutir su información confidencial para ayudar a investigar y resolver su queja. Si la persona no es un representante del miembro autorizado, es necesario que usted firme un formulario dándole autorización.

Un agraviado, testigo o miembro del personal de un proveedor no puede ser sujeto a represalias por parte de un proveedor por hacer un reporte o ser entrevistado sobre una queja o ser un testigo. Las represalias pueden incluir, entre otras, el despido o el acoso, la reducción de servicios, salario o beneficios, o basar la revisión del servicio o el desempeño en la acción. El reclamante es inmune a cualquier responsabilidad civil o penal con respecto a la realización o el contenido de un reclamo realizado de buena fe.

El individuo y su tutor legal pueden apelar las decisiones de entrada, transferencia y queja de la siguiente manera:

- Si el individuo o tutor legal no está satisfecho con la decisión, el individuo o tutor legal puede presentar una apelación por escrito dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de la respuesta del administrador del programa a la queja o notificación de negación de servicios. La apelación se someterá a la División.
- Si se solicita, el personal del programa estará disponible para ayudar al individuo;
- La División proporcionará una respuesta por escrito dentro de los diez días hábiles siguientes a la recepción de la apelación; y
- Si el individuo o tutor legal no está satisfecho con la decisión de la apelación, pueden presentar una segunda apelación por escrito dentro de los diez días hábiles posteriores a la fecha de la respuesta escrita del Director de la División.

### **Esto es lo que sucede cuando recibimos una queja:**

Investigaremos los detalles y los hechos del asunto. Trataremos de concluir este proceso dentro 5 días hábiles. En caso de que necesitemos más tiempo, le avisaremos por escrito. Indicándole el motivo y el tiempo adicional que necesitamos. El tiempo máximo que puede tardar el proceso de queja es de un periodo de 30 días calendario.

Durante este proceso, revisaremos la información del formulario de quejas. Si necesitamos obtener más información de usted, nos pondremos en contacto con usted de inmediato. Es posible que veamos sus registros de salud mental. Si el problema es sobre un proveedor es posible que hablemos con dicho proveedor. Si hay otras personas involucradas, es posible que hablemos con ellos también. Es posible que usted deba firmar un formulario de autorización; le avisaremos de inmediato lo que sea necesario.

Una vez que termine el proceso, le enviaremos una decisión por escrito sobre el asunto.

# NEW PERSPECTIVES CENTER FORMULARIO DE QUEJA

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre Del Cliente \_\_\_\_\_

Número De Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Escriba su nombre si usted está presentando la queja para el cliente nombrado anteriormente.

Nombre del Demandante \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Por favor describa su queja en detalle. Puede usar más hojas de papel si es necesario.**

*Tengo una queja sobre:*

**Por favor describa cómo le gustaría que su queja sea resuelta:**

**Marque esta casilla si necesita una respuesta urgente, usted debe explicar a continuación**

La agencia determinará si la situación requiere de atención inmediata, con el propósito de evitar un riesgo grave a su vida, salud o capacidad. A todas las reclamaciones urgentes, la agencia responderá dentro de 48 horas.

**Explique por qué esta queja es urgente:**

**Firma del Consumidor** \_\_\_\_\_

Su firma nos indica que usted está presentando una queja formal. Si alguien más está presentado esta queja, la firma de usted permite a esta persona que presente esta queja por usted y también permite el intercambio de información con a la agencia.

**Firma del Demandante** \_\_\_\_\_

Su firma indica que usted está presentando esta queja con el consentimiento del consumidor (el consumidor también debe firmar) o que usted tiene la autoridad para presentar esta queja en su nombre sin el consentimiento del consumidor (debe presentar una prueba).

Puede usar este formulario para presentar una queja sobre los servicios en el Centro de New Perspectives. Por Favor devuelva este formulario a:

New Perspectives Center  
ATTN: Director  
1675 Winter Street NE  
Salem, OR 97301

Si tiene preguntas puede llamar a la agencia al: (503) 316-6770

También puede presentar una queja y/o el formulario de queja directamente con su plan de salud o con el Plan de la División de Sistemas de Salud. Verifique su tarjeta de OHP para ver qué plan está en la lista:

PacificSource Community Solutions CCO	541-382-5920	
InterCommunity Health Network CCO	541-768-4550	1-800-832-4580
Yamhill County CCO	503-434-7523	
Health Systems Division	503-945-5763	

Al firmar el formulario de queja, le permite a la agencia investigar y compartir información con el propósito de resolver su queja. También puede pedirle a alguien más que sea el demandante por usted. Ambos tendrán que firmar el formulario. Solo las personas que tienen la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted, puede presentar una queja formal sin su firma.

**Uso exclusivo de la agencia:**  
**Agency use only:**

Agency \_\_\_\_\_ **OHP**

Entered into Log: \_\_\_\_\_ Final disposition entered into Log \_\_\_\_\_

Consumer authorizes complainant to speak for them  yes  no

Received By \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Urgent Request**

**Request**  Yes  No **Confirmed**  Yes  No

**Confirmed by** \_\_\_\_\_ **Notified Complainant Date** \_\_\_\_\_

Continued Benefits/Services  Yes  No

Acknowledgement Date \_\_\_\_\_ Response Date \_\_\_\_\_