State of California
Business, Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
CONSUMER COMPLAINT FORM-Armenian
DMHC 20-081 New: 01/02 Rev: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

ԲՈՂՈՔԻ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹ

Լրացրէք եւ ստորագրէք այս հարցաթերթը եթէ դուք գանգատ կամ բողոք էք արձանագրել ձեր առողջապահական ծրագրի դէմ եւ՝

- Դուք գոհ չէք ձեր ծրագրի տւած որոշումից
- Դուք չէք ստացել ձեր ծրագրի տւած որոշումը անցած 30 օրերի ընթացքին

Եթէ ցանկանում էք այլ անձի արտօնել օգնելու ձեզ բողոքի հարցում, դուք պիտի նաեւ ամբողջացնէք Արտօնւած Օգնութեան Հարցաթերթը.

Այն դէպքում որ ձեր գանգատը առնչւում է առողջական լուրջ վտանգի, անմիջապէս հեռախօսէք HMO Օգնութեան Կենտրոնին. Հեռախօսելը հետեւեալ համարներով անվճար է՝

1-888-HMO-2219 / 1-888-466-2219 TDD 1-877-688-9891

ՀԻՒԱՆԴԻ ՏԵՂԵԿԱՆՔՆԵՐ

Անուն _____ Հօր անւան սկզբնատառ _____ Ազգանուն _____

Ծնողի կամ Խնամակալի անունը եթէ Բողոքը Անչափահաս Երեխայի համար է _____

Հասցէ _____

Քաղաք _____Նահանգ _____ Փոստային Կոդ _____

Ցերեկային հեռախօսահամար՝ _____Երեկոյեան հեռախօսահամար՝ _____

Առողջապահական Ծրագրի Անունը՝ _____

Հիւանդի Անդամակցութեան Համարը* _____Հիւանդի ծննդեան թւականը (ամիս / օր / տարի) _____

Բժշկական Խմբի Անուն* _____ Բժշկական Խմբի Համարը* _____

**Այդ կը գտնէք Ձեր ապահովագրութեան քարտի վրայ*

1. Ա՞րդեօք Medi-Cal ունէք ☐ Այո ☐ Ոչ
2. Ա՞րդեօք Medicare կամ Medicare Advantage ունէք ☐ Այո ☐ Ոչ
3. Ա՞րդեօք բողոք կամ գանգատ էք ներկայացրել ձեր առողջութեան ծրագրի դէմ ☐ Այո ☐ Ոչ
4. Ա՞րդեօք ձեր առողջապահական ծրագիրը բեկանել է ձեր ապահովագրութիւնը ☐ Այո ☐ Ոչ
5. Բարի եղէք բացատրելու ձեր բողոքի մասին (անհրաժեշտութեան դէպքում օգտագործէք այլ թերթիկ)

օրինակի համար՝ Ի՞նչ սպասարկութիւն էիք պահանջել ձեր առողջապահական ծրագրից, կամ մատակարարողից.
Ի՞նչն էր սխալ այն սպասարկութեան մէջ, որ ստացաք առողջապահական ծրագրից կամ մատակարարողից.
Ի՞նչ տեսակ դժւարութիւն ունէք ծախսերի ներկայացման հարցում առողջապահական ծրագրի կամ մատակարարողի հետ.

_____

_____

_____

6 Ի՞նչ է ձեր առողջական խնդիրը կամ ախտաճանաչումը այս բողոքի առնչութեամբ.

_____

_____

7 Ի՞նչ բուժում/ներ էք ստացել առողջական այս հարցի կապակցութեամբ.

_____

_____

8 Բարի եղէք ցանկ կազմելու ձեր հիւանդութեան բուժման հարցով զբաղուող մատակարարողներից, եթէ ունէք նրանց անունները:

_____

_____

9 Ա՞րդեօք այս խնդրով այլ գանգատ ներկայացրել էք HMO Օգնութեան Կենտրոնին կամ պետական այլ հաստատութեան.

☐ HMO Օգնութեան Կենտրոն՞ին Գանգատի թղթածրարի թիւ (եթէ գիտէք) _____

☐ Պետական այլ հաստատութ՞իւն Գանգատի թղթածրարի թիւ (եթէ գիտէք) _____

Նշէք պետական հաստատութեան անունը՝ _____

10 Կցէք ձեր բողոքին վերաբերող փաստաթղթերի **պատճէնը**, ինչպէս մերժումներ, ձեր գանգատը առողջապահական ծրագրին եւ նրա պատասխանը, հաշուեցոյցներ, եւ նպաստների բացատրականը.
Մենք չենք կարող վերադարձնել փաստաթղթերի բնագրերը.

11 Ես դիմում եմ Կենտրոնացուած Առողջապահական Սպասարկութիւնների Բաժնին [(Managed Health Care (DMHC)]ին օգնելու ինձ որոշում կայացնել առողջապահական ծրագրի հետ ունեցած իմ դժուարութեան առնչութեամբ: Ես հասկանում եմ որ իմ բողոքագրից մէկ օրինակ ուղարկելու է իմ առողջապահական ծրագրին: Ես թոյլատրում եմ իմ մատակարարողին, թէ անցեալի եւ թէ ներկայի, ինչպէս նաեւ իմ առողջապահական ծրագրին՝ տրամադրելու իմ առողջական տեւեալները DMHC-ին. Այս տեւեալները կարող են ներառել բժշկական, մտային առողջութեան, թմրանիւթերի շահագործման, ՄԻԱՎ-ի (HIV), ախտաճանաչողութեան շողանկարումների զեկուցումներ, եւ այլ տեւեալներ իմ հարցի առնչութեամբ: Այս տեւեալները նաեւ կարող են ներառել ոչ-բժշկական տեւեալներ եւ որեւէ այլ տեղեկութիւններ իմ խնդրի առնչութեամբ: Ես արտօնում եմ DMHC-ին վերանայել այս տեւեալները եւ տեղեկութիւնները: Իմ թոյլատուութիւնը վերջ կը գտնի ստորեւ նշուած թւականից մինչեւ մէկ տարի, ի բաց առեալ օրէնքի թոյլատրած պարագաներում: Օրինակի համար, օրէնքը թոյլատրում է DMHC-ին շարունակաբար օգտուել իմ տեղեկութիւններից ներքին շրջանակում: Ես կարող եմ ցանկութեան դէպքում այս թոյլատուութիւնը աւելի շուտ դադարեցնել: Այս թերթիկի վրայ տրուած իմ բոլոր տեղեկութիւնները ճիշտ են:

Կցե՞լ էք Արտօնուած Օգնականի Հարցաթերթիկը ☐ Այո ☐ Ոչ

Հիւանդի կամ ծնողի ստորագրութիւնը՝ _____ Ամսաթիւ՝ _____

Ձեր հարցաթերթիկը եւ որեւէ այլ կցուած թղթեր փոստով կամ Ֆաքսով առաքէք՝ **HMO Help Center, Department of Managed Health Care, Complaint Unit, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814; FAX: 916-255-5241**

State of California, Business,
Transportation and Housing Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM-Armenian
DMHC 20-160 New: 04/06

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

ԱՐՏՕՆԵԱԼ ՕԳՆՈՒԹԵԱՆ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ

- Եթէ ցանկութիւն ունէք այլ անձի փոխանցել ձեր Անկողմնակալ Բժշկական Վերանայման (IMR) կամ բողոքի հարցով ձեզ օգնելու արտօնութիւնը, լրացրէք ներքոյ տրուած *A* եւ *B* բաժինները տեղեկանքների մասը.
- Եթէ դուք ծնող էք կամ օրինական խնամակալ որ ներկայացնում էք այս IMR կամ բողոքը մինչեւ 18 տարեկան մի երեխայի համար, դուք կարիք չունէք այս տեղեկանքը լրացնելու:
- Եթէ դուք այս IMR -ը կամ բողոքը ներկայացնում էք մի հիւանդի համար որ ի վիճակի չի անձամբ ամբողջացնելու այս հարցաթերթիկը, կամ իր հմտութեան պակասի եւ կամ անգործունակութեան պատճառով, եւ դուք օրինական արտօնութիւն ունէք գործելու այդ հիւանդի կողմից, բարի եղէք լրացնելու միայն *B* բաժինը: Նաեւ կցէք մէկ պատճէնը առողջապահական որոշումների կայացման լիազօրագրի կամ որեւէ այլ փաստաթղթերի որոնք կը հաստատեն որ դուք կարող էք որոշումներ կայացնել հիւանդի համար:

ԲԱԺԻՆ *A* - ՀԻՒԱՆԴ

Ես արտօնում եմ ներքոյ *B* Բաժնում նշուած անձին օգնելու ինձ իմ IMR -ի կամ բողոքի գործում, որ ներկայացնում եմ Կենտրոնացուած Առողջապահական Խնամքների Բաժամունքին (DMHC): Ես արտօնում եմ DMHC -ի եւ IMR -ի անձնակազմին իմ առողջական պայմանների եւ ստացած խնամք/ների մասին տեղեկութիւնները բացայայտեն ստորեւ նշուած անձին: Այս տեղեկութիւնները կարող են ներառեն մտային առողջութեան բուժման գործընթացը, ՄԻԱՎ-ի (HIV) բուժման գործընթացը կամ քննութիւնները, ալկոհոլի կամ թմրանիւթերի շուրջ գործընթացը, եւ կամ առողջական խնամքի այլ տեղեկութիւններ:

Ես հասկանում եմ որ կը բացայայտուեն միայն այն տեղեկութիւնները որոնք վերաբերում են իմ IMR -ին կամ բողոքին:

Իմ համաձայնութիւնը այս օգնութեան նկատմամբ տրուում է կամաւոր սկզբունքով եւ ես իրաւասու եմ վերջ տալու այդ համաձայնութեանը: Այն դէպքում երբ ցանկութիւն ունենամ վերջ տալու, ես դա պիտի անեմ գրաւոր կերպով:

Հիւանդի ստորագրութիւնը_____ Ամսաթիւ _____

ԲԱԺԻՆ *B* - ՀԻՒԱՆԴԻՆ ՕԺԱՆԴԱԿՈՂ ԱՆՁԸ

Օժանդակող անձի անունը (տպատառ գրէք) _____

Օժանդակող անձի ստորագրութիւնը _____

Հասցէ _____

Իր կապը հիւանդի հետ _____

Ցերեկային հեռախօսահամար _____

Երեկոյեան հեռախօսահամար _____

☐ Իմ լիազօրագիրը՝ առողջական խնամքի որոշումների համար, կամ իրաւական այլ փաստաթուղթ, կցած է.

HMO Help Center

State of California
Department of Managed Health Care

ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄԸ ՊԱՀԱՆՋՎԱԾ Է ՕՐԷՆՔՈՎ *

Քալիֆորնիայի Knox-Knee Օրէնքը լիազօրում է Կենտրոնացուած Առողջապահական Խնամքների Բաժամունքին [Department of Managed Health Care (DMHC)] կարգաւորելու առողջապահական ծրագրերը եւ ընթացք տալու առողջապահական ծրագրի անդամներից ստացուած բողոքներին:

- DMHC -ի HMO Help Center -ը օգտւում է ձեր անձնական տւեալներից հետաքննելու ձեր դժւարութիւնը ձեր առողջապահական ծրագրի հետ, եւ ապահովելու ձեզ մի Անկողմնակալ Բժշկական Վերանայում (IMR) եթէ պայմանները լրացնում էք:

- Դուք այս տեղեկութիւնները կամաւոր կերպով էք տալիս մեզ: Դուք պարտաւոր չէք այդ տեղեկութիւնները մեզ տրամադրելու:

- Այդուհանդերձ, եթէ դուք այդ տեղեկութիւնները մեզ չտաք, մենք ի վիճակի չենք լինի հետեւելու ձեր բողոքին կամ հայթայթելու ձեզ Անկողմնակալ Բժշկական Վերանայում:

- Մենք ձեր անձական տւեալները կարող ենք բացայայտել, անհրաժեշտութեան դէպքում, առողջապահական ծրագրի եւ այն բժիշկների մօտ որոնք իրականացնում են Անկողմնակալ Բժշկական Վերանայումը:

- Մենք նաեւ ձեր տեղեկանքները կարող ենք տրամադրել պետական այլ հաստատութիւնների, ըստ անհրաժեշտութեան, կամ ըստ սահմանւած օրէնքի:

- Դուք իրաւունք ունէք տեսնելու ձեր անձական տւեալները. դրա համար կապւէք DMHC-ի Տւեալների Պահանջի Բաժնի Կառավարչին հետեւեալ հասցէով՝ Records Request Coordinator, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814-2725, 916-322-6727.

* Օրէնքի այն յօդւածը որ պահանջում է կատարել այս ծանուցումը հետեւեալն է՝ Պրակտիկայի Օրէնք,սահմանւած 1977ին, (Քալիֆորնիայի Քաղաքացիական Կանոններ, Մաս՝1978.17):