

# Անդամի բողոքի ձևաթուղթ (Member Grievance Form)



## Խտրականության բացառման ծանուցում

Խտրականությունը հակաօրինական է: Kaiser Permanente-ը հետևում է քաղաքացիական իրավունքների դաշնային և նահանգային օրենքներին:

Kaiser Permanente-ն անօրինականորեն խտրականություն չի դրսևորում, մարդկանց չի բացառում կամ այլ կերպ նրանց չի վերաբերվում՝ հիմնվելով նրանց տարիքի, ռասայի, էթնիկ խմբի ինքնության, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելիության, մշակութային ծագման, նախահայրերի, կրոնի, սեռի, գենդերի, գենդերային ինքնության, գենդերային արտահայտման, սեռական կողմնորոշման, ընտանեկան կարգավիճակի, ֆիզիկական կամ մտավոր հաշմանդամության, բժշկական վիճակի, վճարման աղբյուրի, գենետիկ տեղեկատվության, քաղաքացիության, առաջնային լեզվի կամ գաղթականի կարգավիճակի վրա:

Kaiser Permanente-ը տրամադրում է հետևյալ ծառայությունները.

- Անվճար օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամ անձանց՝ մեզ հետ ավելի լավ հաղորդակցվելու նպատակով, ինչպես օրինակ՝
  - ◆ Որակավորված նշանների լեզվի թարգմանիչներ
  - ◆ Գրավոր տեղեկություններ այլ ձևաչափերով (բրայլ, մեծ տառատեսակ, աուդիո, հասանելի էլեկտրոնային ձևաչափեր և այլ ձևաչափեր)
- Անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց, ում համար անգլերենն առաջնային լեզու չէ, ինչպես օրինակ՝
  - ◆ Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
  - ◆ Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ

Եթե այս ծառայությունների կարիքն ունեք, զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով (TTY **711**), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից): Կամ, եթե լավ չեք լսում կամ խոսում, խնդրում ենք զանգահարել **711** համարով:

Խնդրանքի դեպքում այս փաստաթուղթը մատչելի կլինի բրայլով, մեծ տառատեսակով, ձայնագրությամբ կամ էլեկտրոնային տարբերակով: Այս ձևաչափերից մեկով կամ այլ ձևաչափով պատճենը ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել մեր Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն և խնդրել ցանկալի ձևաչափը:

## Ինչպես գանգատ ներկայացնել Kaiser Permanente-ին

Դուք կարող եք Kaiser Permanente-ին խտրականության գանգատ ներկայացնել, եթե կարծում եք, որ մենք չենք տրամադրել այս ծառայությունները կամ որևէ այլ կերպ անօրինականորեն խտրականություն է դրսևորել: Մանրամասների համար խնդրում ենք կարդալ Ձեր *Սպահովագրության ապացույցը (Evidence of Coverage)* կամ *Սպահովագրման վկայագիրը (Certificate of Insurance)*: Կարող եք նաև գրուցել Անդամների սպասարկման ներկայացուցչի հետ՝ պարզելու համար, թե որ տարբերակն է Ձեզ կիրառելի: Խնդրում ենք գանգահարել Անդամների սպասարկում, եթե գանգատ ներկայացնելու համար օգնության կարիք ունեք:

Դուք կարող եք խտրականության գանգատ ներկայացնել հետևյալ կերպ.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք Անդամների սպասարկում՝ **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (բացի տոն օրերից):
- **Փոստով.** Զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000 (TTY 711)** հեռախոսահամարով և խնդրեք, որպեսզի ձևաթուղթ ուղարկեն Ձեզ:
- **Անձամբ.** լրացրեք Բողոքի կամ Նպաստի հայցի/խնդրանքի ձևաթուղթն անդամների սպասարկման գրասենյակում, որը գտնվում է Ծրագրի հաստատությունում (հասցեների համար տեսեք հաստատությունների հասցեագիրքը մեր [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) կայքէջում):
- **Առցանց.** լրացրեք առցանց ձևաթուղթը մեր [kp.org](http://kp.org) կայքէջում:

Կարող եք նաև ուղղակիորեն դիմել Kaiser Permanente-ի Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողներին ներքոնշյալ հասցեներով՝

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
Member Relations Grievance Operations  
P.O. Box 939001  
San Diego CA 92193

Ինչպես գանգատ ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (*միայն Medi-Cal նպաստառուների համար*)

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ գրավոր, հեռախոսով կամ էլ.փոստով.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժնի (Department of Health Care Services, DHCS) Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ **916-440-7370 (TTY 711)** հեռախոսահամարով:

- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այստեղ՝  
Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

Բողոքի ձևաթղթերը մատչելի են այստեղ՝  
[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- **Առցանց.** էլ.նամակ ուղարկեք [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) հասցեով

**Ինչպես գանգատ ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ**

Դուք կարող եք խտրականության բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջապահության և հանրային ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ: Կարող եք բողոք ներկայացնել հեռախոսով, գրավոր կամ առցանց.

- **Հեռախոսով.** գանգահարեք **1-800-368-1019** (TTY 711 կամ **1-800-537-7697**) հեռախոսահամարով:
- **Փոստով.** լրացրեք բողոքի ձևաթուղթը կամ նամակ ուղարկեք այստեղ՝  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Բողոքի ձևաթղթերը մատչելի են  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> կայքում
- **Առցանց.** այցելեք Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի բողոքի պորտալը՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> հասցեով:

# Language Assistance Services

**English:** Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

**Arabic:** خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغة أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

**Armenian:** Ձեզ կարող է անվճար օգնություն ստանալիս լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

**Chinese:** 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

**Farsi:** خدمات زبانی در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل. کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

**Hindi:** बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

**Hmong:** Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntawv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

**Japanese:** 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

**Khmer:** ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្ងៃដល់អ្នកឡើយ  
24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។  
អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបក  
ប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។  
អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនង  
សម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។  
គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000**  
បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍  
(បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ហៅលេខ 711។

**Korean:** 요일 및 시간에 관계없이 언어지원  
서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는  
통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체  
형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희  
시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수  
있습니다. 요일 및 시간에 관계없이  
**1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오. (공휴일휴무).  
TTY 사용자번호 **711**.

**Laotian:** ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍຮັ່ງ  
ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ  
ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ  
ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ.  
ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ  
ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພຽງແຕ່ໂທ  
ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7  
ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ  
**711**.

**Mien:** Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan  
waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih,  
yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc  
norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov  
heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun  
muangx, dorh nyungc horngh jaa-sic mingh faan benx  
meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc  
sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc  
benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic  
nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn  
zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo  
yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc  
maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc  
maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc).  
TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

**Navajo:** Doo bik'é asinílaágoó saad bee ata' hane' bee  
áká e'elyeed nich'í' áq'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóo  
tí'ée'go áádóo tsosts'íjí áq'át'é. Ata' hane' yidííkił,  
naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi  
doodago hane' bee didíits'ííligíí yidííkił. Hane' bee  
bik'í' di'dííííligíí dóo bee hane' didíits'ííligíí  
bína'idííkiłgo yidííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**,  
t'áá álahjí', jíigo dóo tí'ée'go áádóo tsosts'íjí áq'át'é.  
(Dahodíizingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal).  
TTY chodayool'ínígíí kojí dahalne' **711**.

**Punjabi:** ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ  
7 ਦਿਨ, ਦੁਬਾਸੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ  
ਦੁਬਾਸੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ  
ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ  
ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ  
ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।  
ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ  
ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY  
ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

**Russian:** Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами  
перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете  
воспользоваться помощью устного переводчика,  
запросить перевод материалов на свой язык или  
запросить их в одном из альтернативных форматов.  
Мы также можем помочь вам с вспомогательными  
средствами и альтернативными форматами. Просто  
позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который  
доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме  
праздничных дней). Пользователи линии TTY могут  
звонить по номеру **711**.

**Spanish:** Tenemos disponible asistencia en su idioma  
sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la  
semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete,  
que los materiales se traduzcan a su idioma o en  
formatos alternativos. También puede solicitar recursos  
para discapacidades en nuestros centros de atención.  
Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a  
la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de  
TTY, deben llamar al **711**.

**Tagalog:** May magagamit na tulong sa wika nang wala  
kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat  
linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng  
tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong  
wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring  
humiling ng mga karagdagang tulong at device sa  
aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa  
**1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat  
linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga  
gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

**Thai:** มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง  
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการล่าม  
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้  
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ  
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**  
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)  
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

**Ukrainian:** Послуги перекладача надаються  
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви  
можете зробити запит на послуги усного  
перекладача, отримання матеріалів у перекладі  
мовою, якою володієте, або в альтернативних  
форматах. Також ви можете зробити запит на  
отримання допоміжних засобів і пристроїв у  
зкладах нашої мережі компаній. Просто  
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.  
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень  
(крім святкових днів). Номер для користувачів  
телетайпа: **711**.

**Vietnamese:** Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn  
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý  
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch  
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình  
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện  
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.  
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,  
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).  
Người dùng TTY xin gọi **711**.

## Հարցեր, մտահոգություններ, ծառայության հայտ կամ դժգոհություն խնամքից կամ սպասարկումից

Kaiser Permanente-ի նպատակն է առավելագույնս բավարարել իր անդամներին: Յուրաքանչյուր բժիշկ, աշխատակից և կամավորական պատասխանատու է յուրաքանչյուր անդամի համար հոյակապ խնամքի փորձառություն ստեղծել ամեն անգամ: Սա ներառում է՝ պատասխանել ձեր ունեցած որևէ մտահոգությանը կամ դժգոհությանը: Մեր կարևոր առաջնահերթությունն է լուծել ցանկացած մտահոգություն կամ դժգոհություն, երբ խնամք եք ստանում:

Եթե հարց կամ մտահոգություն ունեք, կամ դժգոհ եք ձեր ստացված խնամքից կամ ծառայությունից, խնդրեք խոսել բաժնի մենեջերի հետ: Եթե նախընտրում եք ծառայություն հայցել, խնդիր կամ գանգատ բարձրաձայնել կամ նպաստի հայց ներկայացնել, կարող եք ուղարկել այն Առողջապահական ծրագրին՝ օգտվելով այստեղ կցված ձևաթղթից:

### Ինչպես բողոք ներկայացնել

Կարող եք բողոք ներկայացնել ցանկացած խնդրի շուրջ: Ձեր բողոքը պետք է բացատրի ձեր խնդիրը, ինչպես օրինակ՝ ինչու եք կարծում, որ որոշումը սխալ էր, կամ ինչու եք դժգոհ ձեր ստացված ծառայություններից: Դուք պետք է ներկայացնեք ձեր բողոքը բանավոր կամ գրավոր կերպով՝ ձեր դժգոհության պատճառ դարձած միջադեպից հետո 180 օրվա ընթացքում: Սակայն, եթե դուք Medi-Cal անդամ եք, կարող եք ցանկացած ժամանակ ներկայացնել ձեր բողոքը: Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ստորև նշված տարբերակներից մեկով.

- Փոստով Kaiser Foundation Health Plan-ին՝

**Member Case Resolution Center** (ոչ հրատապ/շտապ ստանդարտ բողոքների համար)

P.O. Box 9390011

San Diego, CA 92193-90011

ԿԱՄ

**Expedited Review Unit** (հրատապ/շտապ բողոքների համար, երբ ոչ հրատապ ժամանակահատվածը (ա) կարող է լրջորեն վտանգել ձեր կյանքն, առողջությունը կամ առավելագույն գործառույթ վերականգնելու ունակությունը, (բ) ձեր բժշկական վիճակին ծանոթ բժշկի կարծիքով՝ կարող է ձեզ սաստիկ ցավ պատճառել, որը հնարավոր չէ մեղմել առանց ձեր բողոքի առարկա դարձած ծառայությունների, կամ (գ) մատակարարն ասել է մեզ, որ խնդիրը հրատապ է)

P.O. Box 1809

Pleasanton, CA 94566

- Անդամների սպասարկման ներկայացուցչին ձեր տեղական Անդամների սպասարկման բաժնում
- Բանավոր՝ Անդամների սպասարկման կապի կենտրոն օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր (բացի տոն օրերից)

Անգլերեն՝ **1-800-464-4000**

Իսպաներեն՝ **1-800-788-0616**

Չինարենի բարբառներ՝ **1-800-757-7585**

TTY՝ **711**

- Առցանց մեր կայքի միջոցով՝ [kp.org](http://kp.org)



**ԳԱՆԳԱՏԻ ԿԱՄ ՆՊԱՍՏԻ ՀԱՅՑԻ/ԽՆԴՐԱՆՔԻ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ – Ոչ-Medicare California**

Անդամի/հիվանդի անուն	Բժշկական արձանագրության համար
----------------------	-------------------------------

Հասցե	Փողոց	Քաղաք	Փոստային կոդ
-------	-------	-------	--------------

Ցերեկային հեռախոսահամար	Այլ հեռախոսահամար	Ծննդյան ամսաթիվ
-------------------------	-------------------	-----------------

Գանգատը ներկայացնող անձի անուն՝ (Եթե տարբերվում է վերնինից, անդամին կուղարկվի Լիազորված ներկայացուցչի հայտարարության ձևաթուղթ՝ լրացնելու համար)	Հարաբերություն	Ցերեկային հեռախոսահամար
--	----------------	-------------------------

Բաժին/վայր կամ բժշկական հաստատություն, որտեղ առաջացել է խնդիրը՝	Խնդրի առաջացման ամսաթիվ
---	-------------------------

Խնդրում ենք նկարագրել խնդիրը (անհրաժեշտության դեպքում լրացուցիչ էջեր ավելացրեք)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Խնդրում ենք բացատրել ինչպես եք փորձել լուծել խնդիրը:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ո՞րն է, ձեր կարծիքով, խնդրի պատշաճ լուծումը:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ստորագրություն	Ամսաթիվ
----------------	---------

<i>For Program Representative Use Only</i>		
Name of Program Representative	Facility	Date Received

## Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժանմունքի գանգատի գործընթաց\*

Կալիֆորնիայի Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժանմունքը պատասխանատու է առողջապահական խնամքի ծառայության ծրագրերի կարգավորման համար: Եթե բողոք ունեք ընդդեմ ձեր առողջապահական ծրագրի, սկզբից պետք է գանգահարեք Kaiser Foundation Health Plan՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով, և օգտագործեք ձեր առողջապահական ծրագրի բողոք ներկայացնելու գործընթացը, նախքան բաժանմունք դիմելը: Բողոքարկման այս ընթացակարգից օգտվելը չի զրկի ձեզ հնարավոր որևէ այլ օրինական իրավունքներից կամ միջոցներից: Եթե բողոք ներկայացնելու օգնության կարիք ունեք, որը կապված է արտակարգ դեպքի հետ, բողոք, որը բավարար կերպով չի լուծվել ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից, կամ բողոք, որը չի լուծվել ավելի քան 30 օրվա ընթացքում, կարող եք գանգահարել բաժանմունք օգնության համար: Դուք կարող եք նաև իրավասու լինել Անկախ բժշկական վերանայման (Independent Medical Review, IMR) համար: Եթե դուք իրավասու լինեք IMR-ի համար, IMR գործընթացը կտրամադրի առողջապահական ծրագրի կողմից իրականացված բժշկական որոշումների անկողմնակալ վերանայում՝ կապված առաջարկված ծառայության կամ բուժման՝ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ լինելու հետ, ինչպես նաև փորձարարական կամ հետազոտական բնույթ ունեցող բուժման համար փոխհատուցում ենթադրող որոշումների և շտապ կամ անհետաձգելի բժշկական ծառայությունների համար վճարումների շուրջ ծագած տարաձայնությունների համար: Բաժանմունքն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար (**1-888-466-2219**) և TDD գիծ (**1-877-688-9891**) լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցողների համար: Բաժանմունքի [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov) ինտերնետային կայքում կան գանգատի ձևաթղթեր, IMR դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ:

\* Մասշեյի չէ Medi-Cal անդամներին Cal-Optima-ում, Gold Coast Health Plan-ում և Partnership HealthPlan of California-ում

Եթե ձեր խնդիրը կապված է ձեր առողջությանը սպառնացող վերահաս կամ լուրջ վտանգի հետ (օրինակ՝ սաստիկ ցավ կամ կյանքի, վերջույթի կամ մարմնի կարևոր գործառնայթի հնարավոր կորուստ), կարող եք ցանկացած պահի ուղղակիորեն դիմել Կալիֆորնիայի Կառավարվող առողջապահական խնամքի բաժանմունք՝ առանց նախապես մեզ բողոք ներկայացնելու:

Խնդրում ենք մշակման համար ուղարկել այս ձևաթուղթը 8-րդ էջում նշված P.O. Boxes-երին: Եթե ցանկանում եք, կարող եք առցանց բողոք ներկայացնել [kp.org](http://kp.org) կայքում, անձամբ՝ ձեր տեղական Անդամների սպասարկման գրասենյակում, կամ հեռախոսով՝ գանգահարելով՝ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով:



