

शिकायत की रिपोर्ट  
(प्रतिभागी के मेडिकल रिकॉर्ड का भाग नहीं है)

प्रतिभागी का नाम: \_\_\_\_\_ OL#: \_\_\_\_\_ केंद्र/टीम: \_\_\_\_\_  
अंतिम प्रथम

On Lok Lifeways 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 Lifeways का कर्मचारी
- कैलिफोर्निया का प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग (DMHC) सहायता केंद्र

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

शिकायत का कारण:

- चिकित्सा देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में असंतुष्टि।
- दीर्घकालिक देखभाल सेवाओं की गुणवत्ता के बारे में असंतुष्टि।
- सेवाओं के वितरण के संबंध में असंतुष्टि।
- ऐसी असंतुष्टि, जिसमें प्रतिभागी के स्वास्थ्य के लिए आगामी या गंभीर खतरा या प्रतिभागी के अधिकारों का उल्लंघन शामिल है।

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-HMO-2219 पर कैलिफोर्निया के प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग से संपर्क करके सहायता प्राप्त की जा सकती है।

**जैसे ही रिपोर्ट पूरी हो जाती है, कृपया रिपोर्ट और किसी भी अतिरिक्त पृष्ठों को  
On Lok Lifeways के जी सेंटर में हैलथ प्लान एसोसिएट को अग्रेषित कर दें।**

**महत्वपूर्ण:** अगर आपको इस फॉर्म को भरने के लिए भाषा सहायता चाहिए या टेलीफोन द्वारा कोई शिकायत दर्ज कराना चाहते हैं, तो हैलथ प्लान एसोसिएट से 415-292-8895 पर या हमारे निःशुल्क नंबर 1-888-996-6565 पर कॉल करें। सहायता सोमवार से शुक्रवार पूर्वाह्न 8:30 बजे से अपराह्न 5:00 बजे तक उपलब्ध है। आप कोई शिकायत दर्ज कराने या हमारी शिकायत प्रक्रिया के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए [www.onloklifeways.org](http://www.onloklifeways.org) पर हमारी वेबसाइट पर भी जा सकते/सकती हैं।

### कैलिफोर्निया के प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग की शिकायत प्रक्रिया

कैलिफोर्निया का प्रबंधित स्वास्थ्य देखभाल विभाग के पास स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्लान के विनियमन की जिम्मेदारी है। अगर आपको अपने हैलथ प्लान की कोई शिकायत करनी है, तो आपको पहले **415-292-8895** या **1-888-996-6565** पर फोन करना चाहिए और विभाग से संपर्क करने से पहले अपने हैलथ प्लान की शिकायत प्रक्रिया का उपयोग करना चाहिए। इस शिकायत प्रक्रिया का उपयोग करने से आपके लिए उपलब्ध कराई जाने वाली किसी भी संभावित कानूनी अधिकार या उपचार पर रोक नहीं लगाई जाती है। अगर आपी किसी आपात स्थिति में शामिल कोई शिकायत है, जिसे आपके हैलथ प्लान द्वारा संतोषजनक तरीके से सुलझाया नहीं जाता है या 30 दिनों से अधिक समय तक सुलझाया नहीं जाता है, तो आप सहायता के लिए विभाग को कॉल कर सकते/सकती हैं। आप एक स्वतंत्र चिकित्सा समीक्षा (आईएमआर) के लिए पात्र हो सकते हैं। अगर आप आईएमआर के लिए पात्र हैं, तो आईएमआर प्रक्रिया, प्रस्तावित सेवा या उपचार, प्रयोगात्मक या अनुसंधानात्मक प्रकृति वाले कवरेज निर्णयों और आपातकालीन या तत्काल चिकित्सा सेवाओं के भुगतान विवादों की आवश्यक चिकित्सा से संबंधित हैलथ प्लान के द्वारा लिए गए चिकित्सीय निर्णयों की निष्पक्ष समीक्षा प्रदान करेगा। विभाग के पास एक निःशुल्क टेलीफोन नंबर **(1-888-HMO-2219)** और सुनने और बोलने में अक्षम व्यक्तियों के लिए एक TDD लाइन **(1-877-688-9891)** उपलब्ध है। विभाग की इंटरनेट वेब साइट <http://www.hmohelp.ca.gov> पर शिकायत फॉर्म, आईएमआर आवेदनपत्र और निर्देश ऑनलाइन उपलब्ध हैं।

### For On Lok Lifeways Staff Use Only:

On Lok Lifeways staff member who received the grievance: \_\_\_ Health Plan Associate \_\_\_ Social Worker \_\_\_ Other

Report received by the On Lok Lifeways staff member identified above: Date \_\_\_\_\_

Health Plan Associate notified of the grievance by telephone or e-mail: Date \_\_\_\_\_

Health Plan Associate telephoned acknowledgment of receipt to the participant (within 5 calendar days):  
Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Health Plan Associate 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 Health Plan Associate 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.