

CONFIDENCIAL: Este documento puede contener información confidencial y privilegiada, La información que aparece en este documento es sólo para el destinatario. Si usted no es el destinatario de esta información, no la lea, divulgue, copie ni distribuya. Si recibió esto por error, llame a la Autoridad de Salud de Oregón, Programa CAREAssist al 971-673-0144. Muchas gracias.

Programa de cuidado y tratamiento del VIH

Política y formulario de queja formal de CAREAssist

El proceso de queja formal se aplica a cualquier decisión tomada por el programa CAREASSIST que pueda afectar de manera adversa el derecho del cliente a recibir asistencia. Las quejas sólo se pueden presentar en los siguientes casos:

- Denegación de elegibilidad para participar en el programa CAREAssist.
- Denegación de solicitud de asistencia del programa CAREAssist.
- Denegación de una solicitud de excepción.
- Terminación de la asistencia por incumplimiento de las normas del programa.

El proceso de queja se puede iniciar llenando un "Formulario de queja de CAREAssist". Este formulario debe tener el matasello, o ser recibido por el programa CAREAssist, dentro de los quince (15) días contados desde el día en que se emitió la decisión que motivó la queja. Si se presenta después de ese plazo, la queja debe ir acompañada de una explicación escrita del motivo del retraso.

El programa CAREAssist notificará al cliente cuando reciba la queja. Si el cliente no recibe esta notificación dentro de los diez (10) días hábiles contados desde el día de envío de la queja al programa CAREAssist, *es responsabilidad del cliente contactarnos para determinar si la queja se recibió*. El programa CAREAssist no es responsable de las quejas no recibidas y no responderá a quejas no recibidas a menos que el cliente se ponga en contacto con nosotros dentro de los treinta (30) días contados desde la fecha en que se emitió la decisión que motivó la queja.

Una vez recibida la queja, el programa CAREAssist determinará su mérito. Si se determina que la queja tiene mérito, el programa CAREAssist pondrá fecha y hora para escuchar la queja en un proceso formal. Las normas federales que rigen el programa CAREAssist permiten que el cliente presente objeciones por escrito ante una persona diferente de la persona que tomó o aprobó la decisión.

La página web del programa www.healthoregon.org/CAREAssist contiene más información sobre preocupaciones, quejas informales y el proceso de queja.

Envíe el Formulario de queja formal de CAREAssist completo a:

***CAREAssist Program
800 NE Oregon St. #1105
Portland, OR 97232
Fax: 971-673-0177***

CONFIDENCIAL: Este documento puede contener información confidencial y privilegiada, La información que aparece en este documento es sólo para el destinatario. Si usted no es el destinatario de esta información, no la lea, divulgue, copie ni distribuya. Si recibió esto por error, llame a la Autoridad de Salud de Oregón, Programa CAREAssist al 971-673-0144. Muchas gracias.

Formulario de queja formal de CAREAssist

Nombre del reclamante: _____ Teléfono: _____

Dirección del reclamante: _____

Declaración del reclamante:

(Dé una breve declaración que identifique la decisión tomada por CAREAssist por la que usted presenta la queja)

Detalles de la queja:

(Mencione brevemente los hechos relacionados con la queja. Incluya fechas y personas involucradas. Continúe en otra hoja si es necesario)

Remedio judicial solicitado por el reclamante:

(Sea específico sobre la resolución buscada)

Envíe el formulario completo a: Programa CAREAssist
800 NE Oregon St. #1105 Portland, OR 97232 – o por Fax: 971-673-0177

For Office Use Only / Para uso oficial:

Date Grievance Form Received: _____ Received By: _____