



ILLINOIS

SERVICIOS Y APOYO A LARGO PLAZO (LTSS)



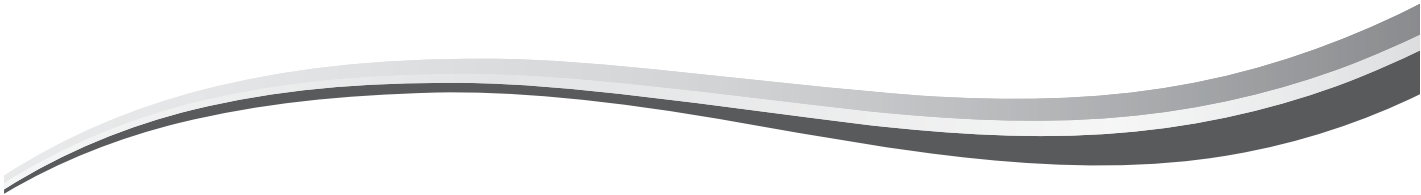


Tabla de contenido:

Descripción del programa	2
Servicios de administración de cuidado.....	3
Servicio de centro de enfermería	4
Servicios y exenciones basados en el hogar y la comunidad.....	4
Términos clave explicados	8
Libertad de elección.....	11
Servicio de asistente personal (PA).....	11
Sus derechos y responsabilidades.....	13
Protestas y apelaciones	19



Descripción del programa

Elegibilidad

Harmony Health Plan no decide si usted califica para participar en los programas de exenciones o de centros de convalecencia. Esa decisión la toma el Departamento para Personas de Edad o el Departamento de Servicios Humanos, División de Servicios de Rehabilitación. Si uno de estos departamentos decide que usted califica, se le pedirá que seleccione un plan de salud. Si usted no lo hace, seleccionarán uno por usted.

Estas son algunas de las reglas de elegibilidad:

- Ser un residente del estado de Illinois
- Ser ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero legalmente admitido
- Tener un puntaje de Determinación de Necesidad (DON) de 29 puntos o más
- Las necesidades se cumplirán con un costo inferior o igual al costo de los servicios de enfermería en un entorno institucional
- Cooperar completamente con el proceso de solicitud de Medicaid
- Mantener la elegibilidad para Medicaid

Si no cumple o mantiene estos requisitos, es posible que se cancele su inscripción en la exención. Su departamento de elegibilidad le enviará un aviso si descubren que usted ya no califica. También le indicarán la fecha de cancelación de la inscripción. Informarán a Harmony sobre esta acción.

Para obtener información adicional sobre los programas de exención de Illinois como alternativas a los centros de convalecencia, visite: www2.illinois.gov/hfs/MedicalPrograms/HCBS/Pages/default.aspx

Servicios de administración de cuidado

El Programa de Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) de Harmony Health Plan es para los miembros que califican para un programa de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) o el programa de centro de enfermería. Cuando se inscriba, le asignaremos un administrador de cuidado. Trabajarán con usted, su representante o su tutor. Ellos le ayudarán a decidir cuáles son sus necesidades. Y le ayudarán a decidir qué servicios necesita.

Si está en el programa de exención para personas de la tercera edad o en el de personas con discapacidades, su administrador de cuidado lo visitará al menos una vez cada 3 meses. Si participa en el programa de exención de personas con lesiones cerebrales, su administrador de cuidado se comunicará con usted al menos una vez al mes. Si participa en el programa de exención de personas con VIH/sida, su administrador de cuidado se comunicará con usted al menos una vez al mes. También lo visitarán al menos cada dos meses.

Si usted vive en su propio hogar o en un entorno de vivienda con apoyo, su administrador de cuidado realizará una visita de evaluación. En esta visita, harán un plan de servicios. Harán esto una vez al año. Si vive en un centro de enfermería, su administrador de cuidado completará una visita de evaluación. En esta visita, harán un plan de servicios. Harán esto cada 6 meses. Su administrador de cuidado puede visitarlo con más frecuencia si sus necesidades cambian.

En cada una de estas visitas, su administrador de cuidado le hará preguntas para saber más sobre usted. Ellos le preguntarán qué puede hacer y con qué necesita ayuda. Su administrador de cuidado trabajará con usted y con su representante mientras decide qué servicios satisfacen sus necesidades.

Si usted vive en un centro de enfermería, su administrador de cuidado aprobará su internación para cuidado a largo plazo. Su administrador de cuidado trabajará con usted y su representante para determinar si puede regresar a un entorno comunitario con servicios y apoyos. Si usted vive en la comunidad, su administrador de cuidado le ayudará a que reciba los servicios que necesita basados en su programa de exención.



Usted recibirá administración de cuidado siempre que sea miembro de Harmony y se encuentre en un centro de enfermería o en un programa de exención de HCBS.



Servicio de centro de enfermería

Un centro de enfermería (NF) a veces tiene otros nombres, como:

- Centros de convalecencia
- Centro de cuidado a largo plazo
- Centro de enfermería especializada

Un centro de enfermería tiene una licencia. Brinda servicios de enfermería especializada o cuidado a largo plazo.

Estos centros tienen servicios para las necesidades médicas y no médicas de las personas que necesitan ayuda y apoyo para cuidar de sí mismas debido a una enfermedad o discapacidad crónica.

Allí brindan ayuda con:

- Vestirse
- Bañarse
- Usar el baño
- Comidas
- Lavandería
- Otras necesidades

En un centro de enfermería, el personal se hará cargo de sus medicamentos y ordenará las renovaciones de los medicamentos por usted.

Si usted vive en un centro de enfermería, deberá pagar un “costo compartido” o un “crédito de paciente”. El trabajador de casos del Departamento de Servicios Humanos decide el monto de su crédito de paciente. Esto se basa en sus ingresos y sus gastos. Si tiene preguntas, su administrador de cuidado le ayudará. Debe pagar el crédito de paciente al centro de enfermería cada mes.

Servicios y exenciones basados en el hogar y la comunidad

Los servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) lo ayudan a vivir en su propio hogar u otro entorno comunitario. Su administrador de cuidado trabajará con usted, su representante o tutor para encontrar los servicios adecuados para usted. No todos los servicios serán adecuados para usted. Una vez que acepte recibir estos servicios, su administrador de cuidado trabajará para obtenerlos.

A continuación se mencionan los programas de exención de HCBS. Los servicios disponibles se indican junto al nombre de cada programa. Las definiciones de los servicios se incluyen al final de esta lista. Nota: no recibirá estos servicios si fue admitido en un hospital o en un centro de convalecencia.

Programa de exención	Servicios
<p>Personas de la tercera edad También conocida como: Exención para personas de edad o Programa de Cuidado Comunitario (CCP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio diurno para adultos • Servicio diurno de transporte para adultos • Servicios domésticos • Sistema personal de respuesta de emergencias
<p>Exención para personas con discapacidades También conocida como: Exención por discapacidades físicas o Programa de Servicios en el Hogar (HSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio diurno para adultos • Servicio diurno de transporte para adultos • Adaptaciones de accesibilidad al entorno – hogar • Entrega de comidas a domicilio • Asistente de la salud en el hogar • Servicios domésticos • Enfermería – especializada • Enfermería – intermitente • Asistente personal • Sistema personal de respuesta de emergencias • Terapia física, ocupacional y del habla • Relevos • Equipos y suministros médicos especializados

Programa de exención	Servicios
<p>Exención para personas con lesiones cerebrales</p> <p>También conocida como: Exención por lesión cerebral; exención por lesión cerebral traumática (TBI) o Programas de Servicios en el Hogar (HSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio diurno para adultos • Servicio diurno de transporte para adultos • Adaptaciones de accesibilidad al entorno – hogar • Entrega de comidas a domicilio • Asistente de la salud en el hogar • Servicios domésticos • Enfermería – especializada • Enfermería – intermitente • Asistente personal • Sistema personal de respuesta de emergencias • Terapia física, ocupacional y del habla • Relevó • Equipos y suministros médicos especializados • Apoyo laboral • Servicios prevocacionales • Rehabilitación diurna • Servicios relacionados con el comportamiento
<p>Exención para personas con VIH o sida</p> <p>También conocida como: Exención por sida o Programa de Servicios en el Hogar (HSP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio diurno para adultos • Servicio diurno de transporte para adultos • Adaptaciones de accesibilidad al entorno – hogar • Entrega de comidas a domicilio • Asistente de la salud en el hogar • Servicios domésticos • Enfermería – especializada • Enfermería – intermitente • Asistente personal • Sistema personal de respuesta de emergencias • Terapia física, ocupacional y del habla • Relevó • Equipos y suministros médicos especializados

Programa de exención	Servicios
<p>Programa de Exención de Vivienda con Apoyo (SLP)</p> <p>También conocida como: Exención del centro de vivienda con apoyo (SLF)</p>	<p>La vivienda con apoyo le brinda una alternativa al cuidado de un centro de convalecencia tradicional mezclando el alojamiento con el cuidado personal y servicios de apoyo. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones de enfermería • Enfermería intermitente • Asistencia de medicamentos • Cuidado personal • Limpieza del hogar • Lavandería • Actividades sociales y para promover la salud • Sistema personal de respuesta de emergencias • Verificación de bienestar • Mantenimiento • Respuesta/Seguridad las 24 horas • Comidas y refrigerios

Términos clave explicados

Equipos adaptativos: Esto incluye dispositivos, controles o aparatos. Estos están incluidos en el plan de servicios. Le ayudan a realizar las tareas de la vida diaria. También le ayudan a percibir, controlar o comunicarse con el lugar donde vive.

Servicio diurno para la salud de adultos – también conocido como servicio diurno para adultos: Este es un programa diurno basado en la comunidad. El servicio diurno para adultos ofrece muchos servicios sociales, recreativos, de la salud, nutricionales y otros servicios de apoyo en un entorno protegido. Dispone de servicio de transporte desde y hacia el centro. También recibe el almuerzo.

Servicios relacionados con el comportamiento: Estas son terapias conductuales para ayudar a los miembros con lesiones cerebrales con su comportamiento y pensamientos. También pueden ayudarles con la vida independiente.

Habilitación diurna – también conocido como habilitación: Da a las personas con lesiones cerebrales capacitación en las habilidades para la vida independiente. Le ayuda a adquirir, mantener o mejorar las habilidades de autoayuda, sociales y de adaptación. Esto también le ayuda a obtener o mantener su nivel más alto de función.

Sistema personal de respuesta de emergencias: Este equipo electrónico le brinda acceso las 24 horas para recibir ayuda en caso de una emergencia. Está conectado a su línea telefónica. Una vez que presiona el botón de ayuda, este llama al centro de respuesta y/u otros tipos de ayuda.

Adaptaciones de accesibilidad al entorno: Estos son cambios físicos a su hogar. Usted debe requerir los cambios para apoyar su salud, bienestar y seguridad. Deben ayudarlo a vivir más independientemente en su hogar. Sin los cambios, necesitaría otro lugar para vivir como un centro de enfermería o de vida asistida. Los cambios que no ayudan a su seguridad o independencia no son parte de este servicio. Estas son cosas como alfombras nuevas, reparación de techos, aire central o adiciones al hogar.

Términos clave explicados

Entrega de comidas a domicilio: Un servicio de comida preparadas que son entregadas en su hogar. Pueden ser comidas congeladas, o bien un almuerzo o cena calientes (o ambos). Estos se pueden guardar en el refrigerador. Puede comerlas más tarde si lo desea. Este servicio está disponible si usted no puede preparar comidas pero puede alimentarse por sí mismo.

Asistente de la salud en el hogar: Esta es una persona que lo ayuda con los servicios de salud. Son supervisadas por un profesional médico, enfermero(a) o fisioterapeuta. Puede recibir ayuda con:

- Medicamentos
- Cuidado de enfermería
- Terapia física, ocupacional y del habla

Servicios domésticos: Se trata de un cuidador en el hogar contratado por una agencia. El cuidador lo ayuda con las siguientes actividades:

- Hacer comidas
- Compras
- Tareas domésticas livianas
- Lavandería
- Cuidado personal
- Bañarse
- Aseo personal
- Alimentación

Enfermería – especializada: Estos son servicios para usted en su hogar. Los recibe cuando tiene necesidades agudas de recuperación a corto plazo. Lo ayudan a recuperar y mantener su nivel más alto de función y salud. Usted recibe estos servicios en lugar de quedarse en un hospital o centro de enfermería. Debe tener una orden médica para esto.

Enfermería – intermitente: Este servicio lo ayuda con las necesidades a largo plazo. Estas son cosas como jeringas de insulina semanales o monitoreo de medicamentos cuando no puede hacerlo sin ayuda. Usted recibe estos servicios en lugar de quedarse en un hospital o centro de enfermería. Debe tener una orden médica para esto.

Términos clave explicados

Asistente personal (PA): Un PA es un cuidador en el hogar contratado y administrado por usted. Debe contratarlo, administrar su tiempo y presentar su hojas de registro. También deberá completar otra documentación. Ellos brindan ayuda con:

- Hacer comidas
- Compras
- Tareas domésticas livianas
- Lavandería
- Cuidado personal
- Bañarse
- Aseo personal
- Alimentación

Pueden ser otros cuidadores directos como RN, LPN y asistentes de salud en el hogar.

Terapia física, ocupacional y del habla – también conocidos como servicios de rehabilitación: Estos son servicios para ayudarle a adquirir y/o recuperar su función, e incluyen terapia física, ocupacional y/o del habla.

Servicios prevocacionales: Son para miembros con lesiones cerebrales. Le dan experiencia y capacitación laboral. Lo ayudan a adquirir las habilidades que necesita para obtener un trabajo. Aprende sobre cosas como:

- Ser puntual para presentarse a trabajar
- Presentarse a trabajar todos los días
- Hacer su trabajo
- Resolución de problemas
- La seguridad

Relevo: Este servicio es para familiares o cuidadores familiares no remunerados. Estas son las personas que satisfacen todas sus necesidades. El cuidador de relevo lo ayuda con todas las necesidades diarias. Lo ayuda cuando su cuidador primario no puede hacerlo. Puede recibir este servicio de una asistente de tareas domésticas, PA, enfermero(a) o un centro de salud diurno para adultos.

Apoyo laboral: Estas son actividades requeridas para mantener un trabajo remunerado por parte de las personas que obtienen servicios de exención. Incluye supervisión y capacitación.

Programa de Vivienda con Apoyo – también conocido como centro o servicio de vivienda con apoyo: Una residencia de vida asistida es alojamiento que le brinda muchos servicios de apoyo y le ayuda a ser independiente. Algunos de estos servicios son:

- Tareas domésticas
- Cuidado personal
- Supervisión de medicamentos
- Compras
- Comidas
- Programas sociales

La vivienda con apoyo no incluye servicios médicos o de apoyo complejos.



Libertad de elección

Puede elegir un centro de enfermería o servicios basados en el hogar y la comunidad. También tiene derecho a rechazar estos servicios.

Puede elegir qué agencia desea que le brinde LTSS. Su administrador de cuidado revisará las agencias con usted. Son aprobadas por la División de Servicios de Rehabilitación, Servicios de Cuidado de la Salud y la Familia y el Departamento para Personas de Edad.

Su administrador de cuidado trabajará con usted en su plan de servicios. También lo ayudarán a elegir los servicios y proveedores adecuados para usted. Recibirá una copia de cada plan de servicios y cualquier cambio al plan.

Los servicios que recibe son para satisfacer sus necesidades. Están incluidos en el plan de servicios. No son para otras personas en su hogar.

Servicio de asistente personal (PA)

Es posible que pueda elegir el servicio de PA. Esto depende de su exención.

Si elige un PA, puede solicitar una verificación de antecedentes. El Programa de Servicios en el Hogar (HSP) cubrirá el costo y no afectará sus beneficios.

Debe contratar, administrar y, si es necesario, despedir su PA.

Recibirá un paquete para miembros. También recibirá un paquete de PA. Guarde copias de la documentación en su carpeta de paquete de miembros.

Si contrata un PA, debe:

- Completar/enviar toda la documentación a la oficina local de HSP. Debe hacer esto antes de que el PA empiece a trabajar para usted. Esto incluye información en los paquetes para miembros y PA.
- Elija un PA que físicamente pueda hacer las tareas que usted necesita. El PA no puede tener un problema médico que podría empeorar debido al trabajo.
- Entregue una copia de su plan de servicios a su PA, que deberán repasar juntos. Esto es para que conozca sus necesidades y horarios.
- Repase la hoja de registro con su PA. Esto es para asegurarse de que la información sea correcta antes de enviarla. Solo debe aprobar las horas trabajadas para usted.

- No firme con anticipación ni envíe las hojas de registro antes del último día trabajado en un período de facturación.
- Complete el formulario de último día de empleo del PA (en su paquete). Envíelo a la oficina de HSP cuando finalice el trabajo del PA.
- Si el PA sufre alguna lesión en el trabajo, debe informarlo a la oficina de HSP dentro de las 24 horas.
- Complete el formulario de Informe de Lesión a un proveedor (incluido en su paquete). Envíelo por correo o fax a la oficina de HSP dentro de las 24 horas de haberlo reportado.

Si necesita un PA donde trabaja, primero debe comunicarse con su administrador de cuidado para solicitar servicios pagos. Debe hacer lo mismo si se va de vacaciones y necesita un PA.

Sus derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro programa LTSS, usted tiene derechos y responsabilidades.

Sus derechos

No discriminación

Usted no puede ser discriminado debido a raza, color, nacionalidad, religión, sexo, ancestros, estado civil, discapacidad física o mental, baja militar desfavorable o edad.

Si siente que ha sido discriminado, tiene derecho a presentar una queja con nosotros. Para ello, puede llamarnos o puede enviarla por fax o enviarnos una carta.



Teléfono: 1-800-608-8158
(TTY 1-877-650-0952)
Fax: 1-866-388-1769



Correo: Harmony Health Plan
Atn: Grievances and Appeals Dept.
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631-3384

Si no puede llamar, alguien puede hacerlo por usted. Si no puede escribir una carta, alguien puede escribirla por usted.

Confidencialidad

Toda la información sobre usted y su cuidado es privada, y solo puede usarse con fines de tratamiento, pago y funcionamiento del programa. Esto incluye:

- Decidir su elegibilidad inicial y continuada
- Determinar sus necesidades de activos, ingresos y servicios
- Encontrar y obtener servicios para usted
- Asegurarse de que esté saludable y a salvo

La información sobre usted no puede usarse para ningún otro fin, a menos que firme un formulario de Divulgación de Información.

Transferencia a otro proveedor/agencia

Puede solicitar cambiar su proveedor por otro. Si desea hacerlo, puede llamar a su administrador de cuidado. Se complacerán en ayudarlo.

Cambio temporal de lugar de residencia

Si estará viviendo temporalmente en otro lugar en Illinois y aún desea recibir servicios, llame a su administrador de cuidado. Se complacerán en ayudarlo y cambiarán los servicios a su ubicación temporal.

Plan de servicio (no se aplica a SLP)

Su plan de servicios tiene:

- Tipo de servicio
- Número de horas de servicios
- Frecuencia con que los obtiene
- Fechas aprobadas para los servicios

Su proveedor no puede modificar su plan de servicio. Si necesita un cambio en los servicios, llame a su administrador de cuidado. Ellos repasarán sus necesidades y pueden hacer cambios en su plan.

Si desea más servicios que lo permitido por su plan de servicio

Puede pedirle a su proveedor que le brinde más servicios que los indicados en su plan de servicios, pero posiblemente deba pagar el 100 % del costo de esos servicios.

Calidad del servicio

Si cualquiera de estas cosas ocurre, llame al supervisor de su cuidador:

- No cree que su proveedor/cuidador esté siguiendo su plan de servicios
- Su cuidador no va a su hogar cuando se supone que debe hacerlo
- Su cuidador siempre llega tarde

Si el supervisor no se ocupa del problema, puede llamar a su administrador de cuidado. Si el problema persiste, llame a Harmony al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952) para presentar una protesta.

Usted también tiene estos derechos:

1. Obtener información sobre la agencia. Esto incluye:
 - Programas y servicios
 - El personal
 - Los antecedentes del personal
 - Sus contratos
2. No usar programas y servicios
3. Cancelar su inscripción en programas y servicios
4. Familiarizarse con su administrador de cuidado
5. Saber cómo solicitar un cambio de administrador de cuidado
6. Tomar decisiones acerca de su cuidado con su administrador de cuidado
7. Obtener información sobre todos los servicios, incluso si un servicio no está cubierto. Puede hablar sobre las opciones con su administrador de cuidado.
8. Estos derechos para sus datos personales y médicos:
 - Que los mantengan en privado
 - Saber quién puede ver su información
 - Saber cómo la agencia se asegura de que su información se mantenga segura y privada
9. Ser tratado cortésmente y con respeto por el personal
10. Presentar quejas ante la agencia
11. Saber cómo usar su proceso de quejas. Esto incluye el tiempo que les lleva responder su reclamación y ocuparse de los problemas de calidad y quejas.
12. Recibir información que pueda comprender

Sus responsabilidades

No discriminación de cuidadores

Usted no debe discriminar a sus cuidadores por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, ancestros, estado civil, discapacidad física o mental, baja militar desfavorable o edad. Hacerlo sería un delito federal.

Cómo informar cambios

Cuando se convierte en miembro del programa LTSS, debe informar cambios en su información, incluido lo siguiente:

Cambios	Infórmelo a
Cambios en sus servicios o necesidades de servicio	Administrador de cuidado de Harmony Health Plan
Cambio de dirección o número de teléfono, incluso si es temporal	Administrador de cuidado de Harmony Health Plan Agencia de inscripción

Beneficios financieros

Su programa LTSS es pagado por Medicaid. Medicaid es un programa federal y financiado por el estado, monitoreado por el Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios a la Familia de Illinois (HFS). La ley federal le permite al HFS recuperar el dinero de Medicaid pagado por LTSS. Esto se hace a través de recuperación de patrimonio por Medicaid. Para recuperar el dinero de Medicaid pagado por sus servicios de LTSS, HFS puede presentar una reclamación contra su patrimonio, incluidos los bienes muebles e inmuebles.

Si está casado, HFS no puede buscar recuperar su reclamación contra su patrimonio sino hasta después del fallecimiento de su cónyuge. Su cónyuge puede conservar su casa hasta que muera. También puede conservar otros bienes muebles e inmuebles hasta su muerte. HFS puede buscar recuperar dinero de su patrimonio equivalente al monto de dinero de Medicaid pagado por sus servicios de LTSS. Si quiere más detalles, consulte a su administrador de cuidado.

Admisión en un hospital o centro de convalecencia

Si debe ser admitido en un hospital, centro de convalecencia u otro establecimiento por algún motivo, usted o su representante deben informarlo a su administrador de cuidado antes o tan pronto como sea posible después de ingresar en el centro. No puede obtener servicios mientras se encuentre en estas instalaciones, pero podrá hacerlo tan pronto como vuelva a su hogar. Dígale a su administrador de cuidado cuándo volverá a su hogar. Esto es para que podamos verificar sus necesidades de servicio.

Si es admitido en un hospital o centro durante más de 60 días calendario, su inscripción en su exención de servicios basados en el hogar y la comunidad puede finalizar. (En el caso del Programa de Vivienda con Apoyo, la baja de la exención es automática el día en que es admitido en un centro de convalecencia). Si desea regresar a su hogar y necesita servicios, llame a su administrador de cuidado para que le ayude a obtenerlos. También le ayudará a volver a solicitar la exención de servicios basados en el hogar y la comunidad.

Ausencia del hogar

No puede recibir servicios de LTSS si no está en su hogar. Si se encuentra fuera de su hogar por algún motivo durante más de 60 días calendario, remitiremos su cuidado a la agencia de inscripción para posiblemente suspender el programa de exención. Debe informar a su cuidador/proveedor si planea estar lejos de su hogar en los días que deba recibir los servicios. Esto incluye cosas como visitas al médico, una salida o vacaciones cortas. Informe a su cuidador/proveedor cuándo no estará en su hogar y hágale saber cuándo regresará. Esto es para que puedan brindarle los servicios cuando regrese. Si debe ausentarse, proporcione a su administrador de cuidado su número de teléfono y dirección temporales en caso de que necesiten comunicarse con usted.

Usted debe colaborar con la entrega de los servicios

Para ayudar a sus cuidadores debe:

- Informar a su cuidador/proveedor con al menos 1 día de anticipación si se ausentará de su hogar el día en que debe recibir el servicio.
- Permitir que el cuidador ingrese a su hogar.
- Permitir que el cuidador le brinde los servicios en su plan de servicio aprobado.
- No exigir que su cuidador haga más o menos de lo que indicado en su plan de servicios. Si necesita un cambio en el plan de servicio, llame a su administrador de cuidado. Su cuidador no puede modificar su plan de servicio, excepto en lo relacionado al SLP.
- No lastimar o amenazar con lastimar al cuidador. No debe mostrar ningún tipo arma. Otras personas en su hogar tampoco deben hacer estas cosas.

Podemos suspender o finalizar sus servicios de LTSS si no coopera como se indicó anteriormente. Si esto sucede, su administrador de cuidado trabajará con usted y el cuidador para hacer un plan de administración de cuidado para reanudar sus servicios.

Cómo informar abuso, negligencia, explotación o incidentes inusuales

La Ley de Verificación de Antecedentes del Trabajador de Cuidado de la Salud se aplica a todas las personas sin licencia empleadas o contratadas por un empleador de cuidado médico, tales como:

- Asistente de cuidado de la salud en el hogar
- Asistente de enfermería
- Asistente de cuidado personal
- Asistente de enfermería privada
- Trabajador de capacitación diurna
- Una persona con un trabajo relacionado con la salud que le brinda cuidado directo

Puede comunicarse con el Departamento de Salud Pública por Internet o llamar al **1-217-785-5133** para verificar el estado de un trabajador antes de que comience a trabajar. También puede

comunicarse con el Departamento de Reglamentación Financiera y Profesional para conocer el estado de cualquier enfermero(a) práctico(a) licenciado(a) (LPN) o enfermero(a) registrado(a) (RN) que desee contratar. Puede averiguar si han sido acusadas de abuso, negligencia o robo.

Si usted es víctima de abuso, negligencia o explotación, infórmelo inmediatamente a su administrador de cuidado. También debe informarlo a una de las siguientes agencias según sea su edad o ubicación. Las agencias mantienen todos los informes privados. No tiene que decirles quién es cuando hace un informe.

Línea directa atendida por enfermeros(as) – 1-800-252-4343

Puede llamar a la línea directa para los centros de convalecencia del Departamento de Salud Pública de Illinois para informar quejas sobre hospitales, centros de enfermería y agencias de cuidado de la salud en el hogar y sobre el cuidado o la falta de cuidado hacia los pacientes.

Línea directa para quejas del Programa de Vivienda con Apoyo – 1-800-226-0768

Servicios de protección para adultos – 1-866-800-1409 (TTY 1-888-206-1327)

Todos los adultos de 18 años en adelante pueden llamar a la línea directa de Servicios de Protección para Personas de Edad del Departamento de Illinois para informar abuso, negligencia o explotación. Su administrador de cuidado le dará 2 folletos. Contienen información sobre cómo denunciar situaciones de abuso, negligencia y explotación. Puede solicitar copias nuevas en cualquier momento.

Las leyes de Illinois define el abuso, la negligencia y la explotación como:

- **Abuso físico** – Infligir dolor o lesiones físicas a una persona de la tercera edad o una persona con discapacidades
- **Abuso sexual** – Tocar, acariciar, tener relaciones sexuales o cualquier otra actividad sexual con una persona mayor o con discapacidades. Esto sucede cuando la persona no puede comprender, dar su consentimiento, o es amenazada o forzada físicamente.
- **Abuso emocional** – Agresiones verbales, amenazas de abuso, acoso o intimidación
- **Confinamiento** – Restricción o aislamiento de la persona, por motivos que no sean de naturaleza médica
- **Negligencia pasiva** – Incumplimiento del cuidador en atender las necesidades vitales de una persona de la tercera edad o una persona con discapacidades. Esto incluye comida, ropa, refugio, artículos médicos y de otro tipo
- **Privación voluntaria** – Esto ocurre cuando una persona niega intencionalmente medicamentos, atención médica, refugio, alimentos, un dispositivo terapéutico u otro tipo de asistencia física a una persona de la tercera edad o discapacitada. Esto expone a esa persona al riesgo de daño físico, mental o emocional, excepto cuando la persona ha dicho que no quiere el cuidado.
- **Explotación financiera** – Se trata del uso indebido o retención de los recursos de una persona de la tercera edad o con discapacidades en perjuicio de esa persona o en beneficio o ventaja de otra persona

Protestas y apelaciones

Queremos que se sienta satisfecho con los servicios que reciba de Harmony y nuestros proveedores. Si no está satisfecho, puede presentar una protesta o una apelación.

Protestas

Una protesta es una queja sobre cualquier asunto que no sea el rechazo, la reducción o la cancelación de un servicio o un artículo.

Harmony toma las protestas de los miembros con mucha seriedad. Queremos saber qué es lo que está mal para poder mejorar nuestros servicios. Si usted tiene una protesta sobre un proveedor o sobre la calidad del cuidado o los servicios que ha recibido, debe informárnoslo de inmediato. Harmony cuenta con procedimientos especiales para ayudar a los miembros que presentan protestas. Haremos todo lo posible por responder sus preguntas o le ayudaremos a resolver su inquietud. Presentar una protesta no afectará sus servicios de cuidado de la salud o la cobertura de sus beneficios.

Estos son ejemplos de cuándo podría querer presentar una protesta.

- Su proveedor o un miembro del personal de Harmony no respetó sus derechos.
- Usted tuvo problemas para obtener una cita con su proveedor en un plazo apropiado.
- Usted quedó insatisfecho con la calidad del cuidado o del tratamiento que recibió.
- Su proveedor o un miembro del personal de Harmony fue descortés con usted.
- Su proveedor o un miembro del personal de Harmony fue insensible a sus necesidades culturales o a otras necesidades especiales que usted pudiera tener.

Usted puede presentar su protesta por teléfono llamando a Harmony al **1-800-608-8158** (TTY **1-877-650-0952**). También puede presentar su protesta por escrito por correo o fax a:



Harmony Health Plan
Attn: Grievance Department
P.O Box 31384
Tampa, FL 33631-3384
Fax: 1-866-388-1769

En la carta de protesta, proporcione tanta información como sea posible. Por ejemplo, incluya la fecha y el lugar del incidente, los nombres de las personas involucradas y los detalles de lo ocurrido. No olvide incluir su nombre y su número de ID de miembro. Puede solicitarnos ayuda para presentar su protesta llamando a Servicios a Miembros al **1-800-608-8158** (TTY **1-877-650-0952**).

Si usted no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. Por favor incluya esta solicitud cuando presente su protesta. Si usted es una persona con dificultades auditivas, llame a los servicios de intermediarios telefónicos de Illinois al **711**.

En cualquier momento durante el proceso de protesta, puede designar a una persona que conozca para que lo represente o actúe en su nombre. Esta persona será “su representante”. Si usted decide que una persona lo represente o actúe por usted, informe a Harmony por escrito el nombre de su representante y su información de contacto.

Trataremos de resolver su protesta de inmediato. Si no podemos hacerlo, posiblemente nos comuniquemos con usted para más información.

Apelaciones

Una apelación es una manera que usted tiene para solicitar que revisemos nuestras acciones. Si decidimos que un servicio o un artículo solicitado no puede aprobarse, o si un servicio se reduce o se suspende, usted recibirá una carta de “Notificación de acción” de parte nuestra. Esta carta le informará lo siguiente:

- Qué acción se tomó y cuál fue el motivo
- Su derecho a presentar una apelación y cómo hacerlo
- Su derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado y cómo hacerlo
- Su derecho, en algunas circunstancias, a solicitar una apelación abreviada y cómo hacerlo
- Su derecho a solicitar que sus beneficios continúen proporcionándose durante su apelación, cómo hacerlo y cuándo es posible que deba pagar por los servicios

Es posible que usted no esté de acuerdo con una decisión o una acción tomada por Harmony sobre sus servicios o un artículo que haya solicitado. Una apelación es una manera que usted tiene para solicitar que revisemos nuestras acciones. Usted puede apelar dentro de los **sesenta (60) días calendario** de la fecha indicada en nuestro formulario de notificación de acción. Si desea que sus servicios continúen prestándose de la misma forma durante su apelación, debe informarlo al presentar la apelación. La apelación debe presentarse a más tardar dentro de los **diez (10) días calendario** a partir de la fecha indicada en nuestro formulario de notificación de acción. La lista a continuación incluye ejemplos de cuándo podría querer presentar una apelación.

- No se aprobó o se pagó un servicio o artículo que su proveedor solicita

- Se suspende un servicio que fue aprobado con anterioridad
- No se le proporciona el servicio o los artículos de manera oportuna
- No se le informa sobre su derecho a la libertad de elección de proveedores
- No se aprueba un servicio para usted porque no estaba en nuestra red

Estas son dos maneras en que puede presentar una apelación.

1. Llame a Servicios a Miembros al **1-800-608-8158** (TTY **1-877-650-0952**). Si usted solicita una apelación por teléfono, debe enviar luego una solicitud de apelación por escrito, firmada.
2. Envíe su solicitud de apelación por escrito ya sea por correo o por fax a:

<p>Harmony Health Plan Attn: Appeals Department P.O Box 31368 Tampa, FL 33631-3368 Fax: 1-866-201-0657</p>	<p>Harmony Health Plan Attn: Pharmacy Medication Appeals Department P.O Box 31398 Tampa, FL 33631-3398 Fax: 1-888-865-6531</p>
---	---

Si usted no habla inglés, podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno para usted. Por favor incluya esta solicitud cuando presente su apelación. Si usted es una persona con dificultades auditivas, llame a los servicios de intermediarios telefónicos de Illinois al **711**.

¿Puede alguien ayudarle con el proceso de apelación?

Usted dispone de varias opciones de asistencia. Usted puede:

- Solicitar a una persona que conozca que lo asista representándolo. Podría ser su médico de cuidado primario o un familiar, por ejemplo.
- Optar por ser representado por un profesional legal.
- Si usted está en la exención por discapacidades, la exención por lesiones cerebrales traumáticas o la exención para VIH/sida, también puede comunicarse con el CAP (Programa de Asistencia a Clientes) para solicitar su asistencia al **1-800-641-3929** (voz) o al **1-888-460-5111** (TTY).

Para designar a una persona a fin de que lo represente, proceda ya sea a: **1)** enviarnos una carta para informarnos que desea que otra persona lo represente e incluya en la carta su información de contacto, o **2)** complete el formulario de representante autorizado para apelaciones. Puede encontrar este formulario en nuestro sitio web, en www.harmonyhpi.com.

Proceso de apelación

Le enviaremos una carta de acuse de recibo dentro de los tres (3) días hábiles para informarle que recibimos su apelación. Le informaremos si necesitamos más información y cómo entregárnosla en persona o por escrito.

Un proveedor de la misma o similar especialidad que su proveedor tratante revisará su apelación. No será el mismo proveedor que haya tomado la decisión original de rechazo, reducción o suspensión del servicio médico.

Harmony le enviará su decisión por escrito dentro de los quince (15) días hábiles a partir de la fecha en que hayamos recibido su solicitud de apelación. Si necesitamos obtener más información antes de tomar una decisión en su caso, Harmony podrá solicitar una extensión de hasta catorce (14) días calendario más para tomar una decisión. Usted también puede solicitarnos una extensión si necesita más tiempo para obtener documentos adicionales para respaldar su apelación.

Lo llamaremos para informarle nuestra decisión y le enviaremos a usted y a su representante autorizado la notificación de decisión. La notificación de decisión le informará qué haremos y por qué.

Si la decisión de Harmony concuerda con la notificación de acción, posiblemente deberá pagar el costo de los servicios que recibió durante la revisión de la apelación. Si la decisión de Harmony no concuerda con la notificación de acción, aprobaremos los servicios para que comiencen de inmediato.

Cosas que debe tener en cuenta durante el proceso de apelación:

- En cualquier momento, usted puede proporcionarnos más información sobre su apelación, si es necesario.
- Usted tiene la opción de ver su archivo de apelación.
- Tiene la opción de estar presente cuando Harmony revise su apelación.

¿Cómo puede abreviar su apelación?

Si usted o su proveedor considera que nuestro plazo estándar de quince (15) días hábiles para tomar una decisión sobre su apelación pondrá gravemente en peligro su vida o su salud, puede solicitar una apelación abreviada por escrito o llamándonos. Si lo hace por escrito, por favor incluya su nombre, su número de ID de miembro, la fecha de su carta de notificación de acción, la información sobre su caso y por qué está solicitando la apelación abreviada. Dentro de las veinticuatro (24) horas le informaremos si necesitamos más información. Una vez que se haya proporcionado toda la información, lo llamaremos en un plazo de veinticuatro (24) horas para informarle nuestra decisión y también le enviaremos la notificación de decisión a usted y a su representante autorizado.

¿Cómo puede retirar una apelación?

Usted tiene derecho a retirar su apelación por cualquier motivo, en cualquier momento durante el proceso de apelación. Sin embargo, usted o su representante autorizado debe

hacerlo por escrito, utilizando la misma dirección que se usó para presentar su apelación. El retirar su apelación dará por terminado el proceso de apelación y no tomaremos ninguna decisión con respecto a su solicitud de apelación.

Harmony reconocerá el retiro de su apelación enviando una notificación a usted o a su representante autorizado. Si necesita más información sobre cómo retirar su apelación, llame a Harmony al 1-800-608-8158 (TTY 1-877-650-0952)

¿Qué sucede a continuación?

Una vez que reciba por escrito la notificación de decisión sobre la apelación de Harmony, no tendrá que tomar ninguna otra acción y su archivo de apelación será cerrado. Sin embargo, si usted está en desacuerdo con la decisión tomada con respecto a su apelación, puede tomar acción solicitando una apelación con audiencia imparcial del estado y/o solicitando una revisión externa de su apelación dentro de los **treinta (30) días calendario** a partir de la fecha de la notificación de decisión. Usted puede optar por solicitar la apelación con audiencia imparcial del estado y la revisión externa, o bien puede optar por solicitar solo una de ellas.

Audiencia imparcial del estado

Si lo desea, usted puede solicitar una apelación de audiencia imparcial del estado dentro de los **ciento veinte (120) días calendario** de la fecha indicada en la notificación de decisión, pero si desea que sus servicios continúen, debe solicitar una apelación de audiencia imparcial del estado dentro de los **diez (10) días calendario** de la fecha indicada en la notificación de decisión. Si usted no gana esta apelación, es posible que sea responsable del pago de los servicios proporcionados a usted durante el proceso de apelación.

En la audiencia imparcial del estado, al igual que durante el proceso de apelaciones de Harmony, usted puede solicitar a alguien que lo represente, como un abogado, o solicitar a un familiar o amigo que hable por usted. Para designar a una persona a fin de que lo represente, envíenos una carta para informarnos que desea que otra persona lo represente e incluya en la carta su información de contacto.

Usted puede solicitar una audiencia imparcial del estado en una de las siguientes maneras:

- Su Centro de Recursos Comunitarios para la Familia de su localidad puede entregarle un formulario de apelación para solicitar una audiencia imparcial del estado y, si lo desea, le ayudará a completarlo.
- Visite <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals> para configurar una cuenta de apelaciones ABE y presentar una apelación de salud imparcial del estado por Internet. Esto le permitirá hacer un seguimiento y administrar su apelación por Internet, ver fechas y avisos importantes relacionados con la audiencia imparcial del estado y la presentación de documentación.
- Si desea presentar una apelación con audiencia imparcial del estado en relación a servicios o artículos médicos, o servicios para la exención para personas de la tercera edad (Programa de Cuidado Comunitario (CCP)), envíe su solicitud por escrito a:



Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602



Fax: (312) 793-2005



Correo electrónico: HFS.FairHearings@illinois.gov

O puede llamar al 1-855-418-4421

TTY 1-800-526-5812

- Si desea presentar una apelación con audiencia imparcial del estado en relación a servicios de salud mental o de artículos, servicios por abuso de sustancias, servicios de exención para personas con discapacidades, servicios de exención para personas con lesiones cerebrales traumáticas, servicios de exención para personas con VIH/sida o cualquier servicio del Programa de Servicios en el Hogar (HSP), envíe su solicitud por escrito a:



Illinois Department of Human Services
Bureau of Hearings
69 W. Washington Street, 4th Floor
Chicago, IL 60602



Fax: (312) 793-8573



Correo electrónico: DHS.HSPApeals@illinois.gov

O puede llamar al 1-800-435-0774

TTY 1-877-734-7429

Proceso de audiencias imparciales del estado

La audiencia será llevada a cabo por un funcionario de audiencias imparcial autorizado a tal fin. Usted recibirá una carta de la oficina de audiencias correspondiente en la cual se le informará la fecha, hora y lugar de la audiencia. Esta carta también proporcionará información sobre la audiencia. Es importante que usted lea esta carta atentamente. Si configura una cuenta en <http://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>, puede acceder a todas las cartas relacionadas con su proceso de audiencia imparcial del estado a través de su cuenta de apelaciones ABE. También puede cargar documentos y ver las citas.

Al menos tres (3) días hábiles antes de la audiencia, usted recibirá información de Harmony. Esta incluirá toda la evidencia que presentaremos en la audiencia. La

información también será enviada al funcionario de audiencias imparcial. Usted deberá proporcionar toda la evidencia que presentará en la audiencia a Harmony y al funcionario de audiencias imparcial al menos tres (3) días hábiles antes de la audiencia. Esto incluye una lista de testigos que vayan a presentarse en su nombre, así como todos los documentos que usted vaya a utilizar para respaldar su apelación.

Necesitará notificar a la oficina de audiencias correspondiente sobre toda acomodación que pueda necesitar. Su audiencia puede ser llevada a cabo por teléfono. En su solicitud de audiencia imparcial del estado, por favor asegúrese de proporcionar el mejor número de teléfono donde sea posible localizarlo durante las horas hábiles. La audiencia puede ser grabada.

Continuación o postergación

Usted puede solicitar una continuación durante la audiencia, o bien una postergación antes de la audiencia, lo cual será concedido si existe una causa válida. Si el funcionario de audiencias imparcial está de acuerdo, usted y todas las partes de la apelación serán notificados por escrito sobre una nueva fecha, hora y lugar. El límite de tiempo para completar el proceso de apelación se extenderá en la misma medida que la continuación o postergación.

Incumplimiento en presentarse a la audiencia

Si usted o su representante autorizado no se presentan en la audiencia en la fecha, hora y lugar indicados en la notificación y no han solicitado una postergación por escrito, su apelación será desestimada. Si su audiencia se lleva a cabo por teléfono, su apelación será desestimada si no responde el teléfono a la hora programada para la apelación. La notificación de desestimación será enviada a todas las partes de la apelación.

Su audiencia puede reprogramarse si usted nos informa dentro de los diez (10) días calendario a partir de la fecha en que recibe la notificación de desestimación, siempre que el motivo de su incumplimiento haya sido:

- Un fallecimiento en la familia
- Una lesión o enfermedad personal que razonablemente hubiera impedido su presentación
- Una emergencia súbita e inesperada

En caso de reprogramarse la audiencia de apelación, la oficina de audiencias le enviará a usted o a su representante autorizado una carta en la que se informará sobre la reprogramación de la audiencia con copias a todas las partes interesadas.

Si rechazamos su solicitud de reprogramar la audiencia, usted recibirá una carta por correo para informarlo de nuestro rechazo.

Decisión de la audiencia imparcial del estado

La oficina de audiencias correspondiente enviará una decisión administrativa final por escrito a usted y a todas las partes interesadas. La decisión también estará disponible en

el Internet a través de su cuenta de apelaciones ABE. Esta decisión administrativa final puede ser revisada exclusivamente por medio de los tribunales de circuito del estado de Illinois. El tiempo otorgado por el tribunal de circuito para la presentación de tal revisión puede ser de hasta treinta y cinco (35) días a partir de la fecha de esta carta. Si tiene preguntas, por favor llame a la oficina de audiencias.

Revisión externa (únicamente para servicios médicos)

Dentro de los **treinta (30) días calendario** a partir de la fecha indicada en la notificación de decisión de apelación de Harmony, usted puede optar por solicitar una revisión por una persona ajena a Harmony. Esto se denomina revisión externa. El revisor externo debe cumplir los siguientes requisitos:

- Debe ser un proveedor certificado por una junta médica de la misma o similar especialidad que su proveedor tratante
- Debe estar ejerciendo la profesión actualmente
- No debe tener ningún interés financiero en la decisión
- No debe conocerlo y no conocerá su identidad durante la revisión

La revisión externa no está disponible para apelaciones relacionadas con servicios recibidos discapacidades, la exención para personas con lesiones cerebrales traumáticas, la exención para personas con VIH/sida, o el Programa de Servicios en el Hogar.

Su carta debe solicitar una revisión externa de esa acción y debe ser enviada a:



Harmony Health Plan
Attn: Appeals Department
P.O Box 31368
Tampa, FL 33631-3368
1-866-201-0657

¿Qué sucede a continuación?

- Revisaremos su solicitud para comprobar si satisface las calificaciones para una revisión externa. Contamos con cinco (5) días hábiles para hacerlo. Le enviaremos una carta a fin de informarle si su solicitud cumple estos requisitos. Si su solicitud cumple los requisitos, la carta indicará el nombre del revisor externo.
- Usted dispone de cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de la carta que le enviemos para enviar cualquier información adicional sobre su solicitud al revisor externo.

El revisor externo le enviará a usted y/o a su representante y a Harmony una carta con su decisión dentro de los cinco (5) días calendario a partir de haber recibido la información necesaria para completar su revisión.

Revisión externa abreviada

Si el plazo normal para una revisión externa pudiera poner en peligro su vida o su salud, usted o su representante puede solicitar una **revisión externa abreviada**. Puede hacerlo por teléfono o por escrito. Para solicitar una revisión externa abreviada por teléfono, llame sin cargo a Servicios a Miembros al **1-800-608-8158** (TTY **1-877-650-0952**). Para solicitarla por escrito, envíe una carta a la dirección que se indica a continuación. Solo puede solicitar una revisión externa sobre una acción específica una (1) vez. Su carta debe solicitar una revisión externa de esa acción.



Harmony Health Plan
Attn: Appeals Department
P.O Box 31368
Tampa, FL 33631-3368

¿Qué sucede a continuación?

- Una vez que recibamos la llamada telefónica o la carta para solicitar una revisión externa abreviada, procederemos a revisar su solicitud de inmediato para comprobar si califica para una revisión externa abreviada. Si es así, nos comunicaremos con usted o con su representante para informarle el nombre del revisor.
- También le enviaremos la información necesaria al revisor externo para que pueda iniciar su revisión.
- Tan rápidamente como lo exija su condición médica, pero no más de dos (2) días hábiles después de recibir toda la información necesaria, el revisor externo tomará una decisión sobre su solicitud. Este le informará a usted y/o a su representante y a Harmony su decisión verbalmente. Dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, también se le enviará una carta a usted y/o a su representante y a Harmony para informar la decisión.

La discriminación es contraria a la ley

Harmony Health Plan cumple las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Harmony Health Plan no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Harmony Health Plan:

- Proporciona ayudas y servicios sin cargo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, Braille, formatos electrónicos accesibles, otros formatos.)
- Proporciona a personas cuyo idioma primario no es el inglés, servicios de idioma sin cargo tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios a Miembros de Harmony al **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**), de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., para obtener ayuda. También puede solicitar a Servicios a Miembros que lo ponga en contacto con un coordinador de derechos civiles que trabaje para Harmony Health Plan.

Si usted cree que Harmony Health Plan no le proporcionó adecuadamente estos servicios o lo(la) ha discriminado de alguna forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una protesta a:

Harmony Health Plan, Grievance Department, P.O. Box 31384, Tampa, FL 33631-3384; Teléfono **1-866-530-9491**; Número TTY **1-877-247-6272**; Fax: **1-866-388-1769**; **OperationalGrievance@wellcare.com**. Usted puede presentar una protesta en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una protesta, un coordinador de derechos civiles de Harmony está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por vía electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

لصتا. ن اجم اب كل رفاوتت ةيوغلل ا ةدعاسملا تامدخ نإف، ةغلل ركذا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم
مكبل او مصلا فتاه مقر) 1-800-608-8158 (مكبل او مصلا فتاه مقر) 1-877-650-0952.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

सुचना: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں - کال کریں **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

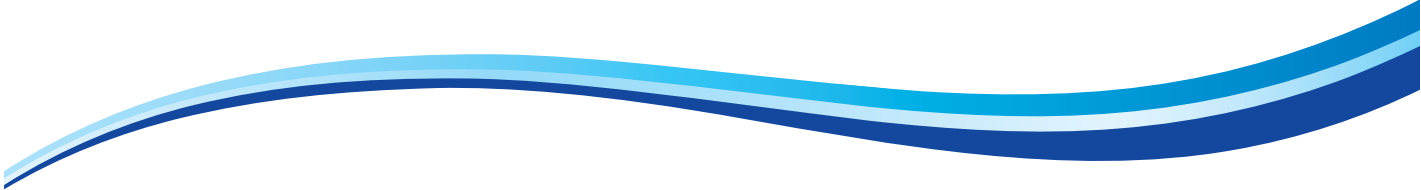
ध्यान दें: यदि आप हृदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**) पर कॉल करें।

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-608-8158** (TTY: **1-877-650-0952**).

=====



1-800-608-8158

TTY 1-877-650-0952

www.harmonyhpi.com