

## Community Health Connections Health Home

### ¡Bienvenido a Community Health Connections!

Los servicios de Community Health Connections (CHC) son voluntarios y utilizan sus beneficios de Medicaid, por lo tanto, no se le aplica ningún cargo. Como miembro de CHC, usted y su familia o cuidadores tendrán un solo contacto para sus necesidades de servicios médicos y comunitarios. Esto podría incluir el servicio de salud conductual, servicios para el abuso de sustancias y apoyo para la vivienda, entre otros.

Su Coordinador de Atención es: \_\_\_\_\_

Su agencia de coordinación de atención es: \_\_\_\_\_

Puede comunicarse con su Coordinador de Atención en: \_\_\_\_\_

Esperamos que esté feliz con los servicios brindados mediante CHC.

Si tiene alguna consulta o duda sobre CHC, puede llamar al 518-271-3301 o al 1-855-358-4482. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

### **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS: Sus derechos**

Como miembro de CHC, usted tiene derechos. Sus derechos se detallan a continuación.

- Derecho a recibir servicios de traducción o asistencia visual o auditiva.
- Derecho a que los servicios se le presten de manera respetuosa, dignidad y sin discriminación.
- Derecho a la confidencialidad y privacidad de su información médica, según lo exige la ley estatal y federal.
- Derecho a dar su opinión en su Plan de Atención, el cual preparan usted y su Coordinador de Atención para ayudarlo a ocuparse de sus necesidades.
- Derecho a recibir una copia del Plan de Atención.

- Derecho a que su Plan de Atención se informe a otras personas si usted lo solicita.
- Derecho a tener una participación activa en sus opciones de tratamiento de médico con su doctor, incluido el derecho a seleccionar los proveedores.
- Derecho a recibir ayuda de su Coordinador de Atención para acceder a sus registros de otros proveedores.
- Derecho a ser notificado cuando CRHC u otros servicios se modifiquen o cancelen, y el motivo.
- Derecho a que otras personas participen en su atención.
- Derecho a permitir que otra persona actúe en su nombre.
- Derecho a saber quién es su Coordinador de Atención y cómo comunicarse con esa persona.
- Derecho a acceder a los servicios de Coordinación de Atención en cualquier momento llamando al: \_\_\_\_\_.

### **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS: Sus responsabilidades**

Como miembro de CHC, usted tiene responsabilidades. Sus responsabilidades se detallan a continuación.

- Devolver las llamadas telefónicas u otros mensajes del Coordinador de Atención.
- Tener una relación segura y profesional con su Coordinador de Atención.
- Mantener un ambiente seguro y de confianza cuando se reúna con su Coordinador de Atención.
- Participar en la elaboración del Plan de Atención.
- Informar a su Coordinador de Atención si decide detener el consentimiento para compartir información confidencial con otras personas o prestadores específicos.
- Informar al Coordinador de Atención si decide dejar de participar en los servicios de atención médica domiciliaria.
- Informar a las personas correctas si no está satisfecho con los servicios. Estos contactos podrían ser su Coordinador de Atención, el personal de atención médica domiciliaria, su Organización de Atención Administrada o el Departamento de Salud.

### **QUEJAS**

Si no está satisfecho con alguno de los servicios, queremos saberlo y solucionarlo. Muchas de las consultas pueden tratarse directamente con su Coordinador de

Atención, ya sea en persona o por teléfono. Si no se siente cómodo hablando con su Coordinador de Atención al respecto, o este no resuelve el problema, siga los pasos a continuación para presentar una queja. Siempre puede pedirle a alguien en quien confía que lo ayude a presentar la queja o que la presente en su lugar. Si necesita nuestra ayuda debido a una discapacidad auditiva o visual, o si necesita servicios de traducción, podemos ayudarlo. No le complicaremos las cosas difíciles ni tomaremos represalias por presentar una queja.

### Cómo presentar una queja:

Para presentarla por teléfono, llámenos al: \_\_\_\_\_.  
Si desea hablar con alguien en persona, llámenos para informarnos que desea presentar una queja en persona.

### Qué sucede después:

Una vez que presente su queja, trabajaremos para resolver el problema de inmediato por teléfono o en persona. Si no podemos encontrar una solución de inmediato, trabajaremos para hacerlo en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha en que nos informó su inquietud.

Si no podemos llegar a una solución que sea conveniente para las partes involucradas en un plazo de diez días, enviaremos su queja a Lead Health Home, Community Health Connections.

Su queja será revisada por una o más personas calificadas. Si su queja involucra cuestiones clínicas, uno o más profesionales de atención médica calificados revisarán su caso.

Community Health Connections trabajará con usted y la agencia de coordinación de atención para llegar a una solución lo antes posible, dentro de un plazo de 10 días hábiles.

Si no podemos tomar una decisión sobre su queja porque no tenemos información suficiente, le enviaremos una carta y se lo haremos saber.

## **AUDIENCIAS IMPARCIALES**

En algunos casos, podrá solicitar una audiencia imparcial al Estado de Nueva York si no está de acuerdo con una decisión tomada por su Departamento de Servicios Sociales local o el Departamento de Salud Estatal, o CHC.

### **Cómo solicitar una audiencia imparcial:**

- 1) **Por teléfono:** Llame en todo el estado al número gratuito 1-800-342-3334; O
- 2) **Por fax:** Envíe un fax en el estado al 518-473-6735; O
- 3) **Por Internet:** Complete y envíe el formulario de solicitud por Internet en:  
<http://otda.ny.gov/programs/applications/>; O
- 4) **Por correo postal:** Fair Hearing Section  
New York State Office of Temporary and Disability  
Assistance  
P.O. Box 1930  
Albany, New York 12201

## **NÚMEROS IMPORTANTES**

A continuación, se detallan algunos otros números importantes para su información.

Su coordinador de atención:	
Su agencia de coordinación de atención:	
Community Health Connections, Your Health Home	518-271-3301
Su Organización de Atención Administrada:	
Línea de ayuda de Medicaid del Estado de Nueva York	800-541-2831
Departamento de Salud del Estado de Nueva York (número principal)	518-402-0836
Oficina de Asistencia por Incapacidad Temporal del Estado de Nueva York	800-342-3334

**¡Esperamos que nos confíe tu atención!**

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS: Confirmación de recepción**

*La copia firmada debe archivarse en el expediente del miembro en CHC.*

**He leído los derechos y las responsabilidades de los miembros de Community Health Connections, o me los han leído. Entiendo los derechos y las responsabilidades, y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre los temas que no comprendí.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del miembro en letra de imprenta** [Printed Name]

\_\_\_\_\_  
**Fecha** [Date]

\_\_\_\_\_  
**Firma del miembro** [Signature]

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta del representante autorizado  
(si corresponde)** [Printed Authorized Representative if applicable]

\_\_\_\_\_  
**Fecha** [Date]

\_\_\_\_\_  
**Firma del representante autorizado** [Signature]

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta del coordinador de atención**  
[Printed Care Coordinator Name]

\_\_\_\_\_  
**Fecha** [Date]

\_\_\_\_\_  
**Firma del coordinador de atención** [Care Coordinator Signature]