

Formulario de Solicitud para una Queja Formal/Apelación

Complete este formulario con información sobre el afiliado cuyo tratamiento es objeto de la queja formal/apelación.

Nombre del afiliado:

Número de identificación del afiliado:

Fecha de nacimiento:

Representante autorizado*:

Número de teléfono:

Dirección:

Número de servicio o reclamo:

Nombre del proveedor:

Fecha de servicio:

Explique su reclamo, apelación o queja formal y la resolución esperada. Adjunte páginas adicionales si necesita más espacio.

Formulario de Solicitud para una Queja Formal/Apelación

* Debemos tener un formulario de Designación de un Representante (AOR, por sus siglas en inglés) u otra documentación legal cuando alguien que no sea el afiliado presente una solicitud de queja formal o apelación. Si este formulario u otra documentación legal no está en nuestros archivos, no podemos continuar con su apelación o queja formal. Si tiene alguna pregunta al respecto, comuníquese con nosotros al **800-477-6931 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Firma del afiliado (o representante):	Fecha:
Relación con el afiliado (si es representante):	
Importante: Devuelva este formulario a la siguiente dirección para que podamos procesar su queja formal o apelación: Humana Inc. Grievances and Appeals Department P.O. Box 14546 Lexington, KY 40512-4546	

Spanish: Aviso sobre No Discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

Humana Inc. provee servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, personas con discapacidades o que necesiten modificaciones razonables, recursos y servicios auxiliares gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros. Estos servicios incluyen intérpretes acreditados de lengua de señas e información escrita en otros idiomas y formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **800-477-6931 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Si cree que Humana, Inc. no ha provisto estos servicios o siente que ha sufrido discriminación, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico al Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, al **800-477-6931 (TTY: 711)** o a **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por medios electrónicos a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. Comuníquese al **800-477-6931 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

English: Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish): Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Este aviso está disponible en **[es-www.Humana.com/FloridaAccessibility](https://www.humana.com/FloridaAccessibility)**.

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan, Inc.

FLHMEDRSP_ITN25_0225_Aprobado

French Creole (Haitian Creole): Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra indicato per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

繁體中文 (Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, należy zadzwonić pod wyżej podany numer.

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): โทรไปที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี