

PACE 참가자의 불만 제기 및 이의 제기 절차

Center for Elders' Independence 의 모든 구성원은 귀하의 돌봄 및 귀하가 받는 서비스에 대한 만족도에 대해 함께 책임을 갖고 있습니다. 당사의 불만 제기 절차는 귀하 또는 귀하의 대리인이 우려 사항이나 불만 사항을 표현할 수 있고 적시에 효율적으로 해결할 수 있도록 디자인되어 있습니다. 또한 귀하는 보장 대상이라고 생각되는 서비스가 거부, 축소 또는 중단되거나 당사가 지급해야 한다고 생각되는 서비스에 대한 비용 지급 결정에 대해 이의 제기할 권리가 있습니다.

이 장에서는 저희의 불만 제기 및 이의 제기 절차에 대해 설명하고 있습니다. 불만 제기 또는 이의 제기를 원하시면, 언제든지 저희가 도와드립니다. 영어 구사가 어려우신 경우, 이중 언어 구사 직원이나 통역 서비스를 이용하여 도움을 드릴 수 있습니다.

불만 제거나 이의 제기를 이유로 차별 또는 보복을 당하거나 차별 또는 보복을 두려워하게 되는 일은 결코 없을 것입니다. Center for Elders' Independence 는 불만 제기 또는 이의 제기 절차 동안 필요한 모든 서비스를 계속 제공할 것입니다.

귀하의 불만 제기 또는 이의 제기 내용은 불만 제기 및 이의 제기 절차 전반에 걸쳐 비밀로 유지되며, 귀하의 불만 사항이나 이의 제기와 관련된 정보는 승인된 개인에게만 공개될 것입니다.

불만 제기 절차

불만 제기는 서비스 제공이나 돌봄의 질에 대해 만족스럽지 않음을 표현하기 위해 서면 또는 구두로 불만을 제기하는 것으로, 불만 제기 결과로서 조치를 요청하는지는 상관없습니다. 불만 제기는 귀하와 Center for Elders' Independence 간, 또는 PACE 프로그램을 통한 다른 서비스 제공자와 귀하 간에 일어날 수 있습니다. 불만 제기 절차에 관한 서면으로 된 정보는 가입 시, 그리고 그 후 최소 1 년에 한 번씩 받게 됩니다. 불만 제기 사항은 다음을 포함하며 이에 한정되는 것은 아닙니다:

- 귀하의 집, PACE 센터, 또는 입원 시설 (병원, 재활 시설, 전문 요양 시설, 중급 요양 시설 또는 거주 요양 시설) 에서 받는 서비스의 질;
- 전화 상, 대기실 또는 진료실에서 대기 시간;
- 돌봄 제공자 또는 프로그램 직원의 행동;
- 센터 시설의 적합성;
- 제공되는 음식의 질;
- 교통 수단 제공 서비스;
- 권리 위반; 및
- PACE 센터 직원, 계약된 서비스 제공자, 및/또는 계약된 서비스 제공자의 직원에 의한 차별

불만 사항 제출

불만 제기는 귀하, 귀하의 가족 또는 돌봄 제공자, 또는 귀하의 지정 대리인이 할 수 있습니다. 하기에는 불만 사항 제출 과정에 대해 설명되어 있습니다.

1. 귀하는 참가하고 있는 센터의 PACE 프로그램, Center for Elders' Independence 와 계약된, 운전자를 포함한 서비스 제공자, 및 자택에서의 돌봄 제공자와 대면으로 직접 또는 전화상으로 불만 사항을 구두로 논의하실 수 있습니다. 귀하가 계약된 서비스 제공자와 불만 제기를 논의하셨다면, 해당 제공자는 Center for Elders' Independence 직원에게 자세한 불만 사항을 알릴 것입니다. 해당 직원은 불만 사항이 문서로 기록되도록 확인합니다. 담당 직원이 적시에 효율적으로 불만 사항을 해결해 드릴 수 있도록 불만 사항에 대한 모든 정보를 제공해 주셔야 합니다. 불만 제기를 서면으로 하기 원하시면, 서면으로 작성된 불만 사항을 다음의 주소로 보내주십시오:

Quality Department
Center for Elders' Independence
510 17th Street, Oakland, CA 94612
FAX: 510-452-8836

필수적인 것은 아니지만, 서면으로 불만 사항 제출 시 불만 제기 보고 양식 (Grievance Report form)을 요청할 수 있습니다.

귀하 또는 귀하의 가족은 510-433-1150 으로 품질 부서에 연락하여 불만 사항을 제기하거나 불만 사항의 진행 상황을 확인하는 데 도움을 받을 수도 있습니다. 청각 장애인인 경우 (TTY/TDD), 510-433-1165 으로 전화하십시오. 저희 서비스 관리부에서 불만 사항 제출을 도와드립니다. 불만 제기 절차에 대한 정보는 웹사이트 cei.elders.org 에서 확인하실 수 있습니다.

2. 귀하의 불만 사항을 접수한 담당자는 문제의 원인이 아직 밝혀지지 않은 경우 조사가 이루어지도록 조정하고, 불만 사항을 조사하여 해결책을 모색하고 적절한 조치를 취하게 됩니다. 귀하의 불만 사항과 관련된 모든 정보는 엄격하게 비밀로 유지되며, 필요한 경우 Center for Elders' Independence 의 다른 직원 및 계약된 서비스 제공자가 제공한 정보도 포함됩니다. 불만 사항 해결 조치에 대한 통지를 받고 싶지 않다면, 불만 사항 제출시 Center for Elders' Independence 에 알려주시기 바랍니다. Center for Elders' Independence 는 조사를 계속 진행하지만, 귀하의 의견을 참고하여 추가 통지를 보내지 않을 것입니다.
3. Center for Elders' Independence 는 불만 제기 처리 과정 동안에도 필요한 모든 서비스를 계속 제공할 것입니다.
4. Center for Elders' Independence 직원은 귀하의 불만 사항을 최대한 빨리 해결하기 위한 조치를 취할 것이며, 불만 사항을 접수한 후 늦어도 달력상 30 일을 넘기지 않을 것입니다.

불만 제기 해결 조치

1. Center for Elders' Independence 는 귀하의 불만 사항에 대한 해결 조치를 필요한 정도로 신속하게 통지할 것이며, 불만 사항 해결일로부터 달력상 3 일을 넘기지 않을 것입니다.

2. Center for Elders' Independence 는 귀하의 선택에 따라 구두 또는 서면으로 통지해 드릴 것입니다. 단, 돌봄 서비스의 질에 관련된 불만 사항은 예외로서, 불만 사항 해결 조치는 항상 서면으로 통지해 드릴 것입니다.
3. Center for Elders' Independence 가 제공하는 통지문에는 귀하의 불만 사항 요약, 불만 사항을 조사하기 위해 취한 단계, 조사 결과 발견된 사항, 문제를 해결하기 위해 취했거나 취할 조치, 그리고 해당 조치가 언제 발생할 것으로 예상되는지에 대한 정보가 포함됩니다.

불만 제기 검토 옵션

1. 만약 해결 조치에 만족하지 못하는 경우, 알려주시면 저희가 수용 가능한 해결책을 찾기 위해 계속 노력할 수 있습니다.
2. 또한 귀하께서는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하여 돌봄의 질이나 서비스 제공과 관련된 불만을 제기할 수도 있습니다.
3. Medicare 가입자이고 Medicare 보장 서비스와 관련된 불만 사항이 있는 경우, 본인, 가족 또는 돌봄 제공자, 또는 지정 대리인은 서비스 개선 기관 (QIO: Quality Improvement Organization)에 서면으로 불만 사항을 제기할 권리가 있습니다. QIO 에 불만 사항을 제출하는 경우, Center for Elders' Independence 는 불만 사항 해결을 위해 QIO 와 협력해야 합니다. 귀하께서 Center for Elders' Independence 에 불만 제기한 경우, 귀하께서 받으실 해결 조치 통지서에는 이 정보가 추가 옵션으로 포함되어 있습니다.
4. Center for Elders' Independence 가 만족스러운 해결책을 제공할 수 없는 경우, 귀하는 다음과 같이 캘리포니아 의료 복지부 (California Department of Health Care Services) 에 불만을 제기할 권리가 있습니다:

Health Consumer Alliance
Medicare Medi-Cal Ombudsman Program
www.healthconsumer.org

전화: 1-888-804-3536

TTY: 1-877-735-2929

가정 방문 요양 서비스 (Home Health) 상담 전화

Center for Elders' Independence 의 가정 방문 요양 서비스에 대한 질문이나 우려 사항이 있으시면 먼저 담당 소셜 워커나 센터 디렉터와 상담하시기를 권고합니다.

캘리포니아주에서는 가정 방문 요양 서비스에 대한 문의나 불만 사항을 접수할 수 있는 비밀이 보장되는 무료 상담 전화를 운영하고 있습니다. 전화번호는 이스트 베이 866-247-9100 이며, 월요일부터 금요일까지 오전 9 시부터 오후 5 시까지 운영합니다.

이의 제기 절차

Center for Elders' Independence 에서 귀하가 원하시는 서비스에 대한 보장 또는 비용 지급을 거부하는 경우, 귀하는 결정 변경을 위한 조치를 취할 수 있습니다. 귀하가 구두 또는 서면으로 취하는 조치를 "이의 제기"라고 합니다. 귀하는 보장 대상이라고 생각되는 서비스 제공을 거부, 축소 또는 중단하거나 또는 저희가 지급해야 한다고 생각되는 서비스에 대한 비용 지급 결정에 대해 이의를 제기할 권리가 있습니다.

귀하께서는 이의 신청 절차에 관한 서면 정보를 가입 시, 그 후 최소 1 년에 한 번씩, 그리고 통합 돌봄팀이 서비스 요청이나 서비스 비용 지급을 거부할 때마다 받게 됩니다.

일반 및 신속 이의제기 절차: 이의 제기 절차에는 일반 및 신속의 두 가지 종류가 있습니다. 이 두 절차에 관한 설명은 다음과 같습니다.

일반 이의 제기 요청 시, 귀하의 서비스 요청 또는 서비스에 대한 비용 지급이 거부, 축소 또는 중지된 날로부터 달력상 180일 이내에 제출해야 합니다. 이는 서비스 또는 비용 지급 요청에 대한 조치 통지서 (Notice of Action for Service or Payment Request) 에 나타나 있는 날짜입니다. (180일 제한은 합당한 이유가 있는 경우 연장될 수 있습니다.) 저희는 귀하의 건강이 필요로 하는 한 신속하게, 그러나 이의 제기를 접수한 후 늦어도

달력상 30일 이내에는 귀하의 이의 제기에 응답할 것입니다.

귀하가 원하는 서비스를 받지 않으면 생명, 건강 또는 회복 능력에 위험하다고 생각되는 경우, 귀하 또는 치료 의사 누구라도 **신속 이의 제기**를 요청할 수 있습니다. 저희는 귀하의 건강 상태에 따라 즉시 귀하의 이의 제기에 대한 결정을 자동적으로 내리지만, 이의 제기 요청을 받은 후 72 시간 이내에 결정을 내릴 것입니다. 귀하가 연장을 요청하거나 저희가 캘리포니아 의료 복지부 (Department of Health Care Services) 에 추가 정보의 필요성과 지연으로 인해 받게 되는 혜택을 정당화시킬 수 있는 경우, 저희는 이 기간을 달력상 14일까지 연장할 수 있습니다.

주: Medi-Cal 가입자이시고 이의 신청 사유가 Center for Elders' Independence 에서 귀하가 받고 있던 서비스를 축소 또는 중단하기로 결정한 것이라면, 이의 제기 절차가 완료될 때까지 해당 서비스를 계속 받도록 요청할 수 있습니다. 서비스 축소 또는 중단에 대한 당사의 최초 결정이 유지될 경우, 귀하께서는 이의 제기 절차 중에 제공된 해당 서비스에 대한 재정적 책임이 있을 수 있습니다.

하기의 정보는 귀하 또는 귀하의 대리인이 이의 제기를 하는 경우 따라야 할 절차에 대한 설명입니다:

1. Center for Elders' Independence 에서 귀하 또는 귀하의 대리인이 요청한 서비스 또는 서비스에 대한 지급을 거부하거나, 이미 받고 있던 서비스를 축소 또는 중단하는 경우, 해당 결정에 이의를 제기할 수 있습니다. 귀하 및/또는 귀하의 대리인에게 서비스 요청 또는 지급 요청 거부 사유를 설명하는 서면 통지가 제공되며, 구두 통지도 받게 됩니다.
2. 귀하는 PACE 센터 직원에게 구두, 직접, 전화 또는 서면으로 이의를 제기할 수 있습니다. 센터 직원은 이의 제기 절차에 대한 서면 정보를 제공하고 이의 제기가 적절하게 문서화되도록 할 것입니다. 담당 직원이 적시에 효율적으로 이의 제기를 해결할 수 있도록 이의 제기에 대한 모든 정보를 제공해야 합니다. 추가 정보가

필요한 경우, 센터 디렉터나 소셜 워커가 연락하여 누락된 정보를 얻도록 도움을 드릴 것입니다.

- 전화로 이의 제기하시려면 월요일부터 금요일까지 오전 8 시부터 오후 5 시까지 서비스 관리부 510-433-1150 으로 연락하셔서 이의 제기 양식을 요청하거나 이의 제기 접수에 관한 도움을 받으실 수 있습니다. 청각 장애인(TTY/TDD)의 경우, 510-433-1165 번으로 전화하십시오.

- 이의 제기를 서면으로 제출하려면 직원에게 이의 제기 양식을 요청하십시오. 서면으로 작성된 이의 제기 사항은 센터 디렉터 또는 소셜 워커에게 제출해 주십시오.

콩코드: 1465 Civic Court, Concord, CA 94520

이스트 오클랜드: 7200 Bancroft Ave., Suite 188, Oakland, CA 94605

샌리엔드로: 1850 Fairway Drive, San Leandro, CA 94577

테미스칼 l: 3901 Broadway, Oakland, CA 94611

트라이-밸리: 2441 Constitution Drive, Livermore, CA 94551

웨스트 카운티: 3645 San Pablo Dam Road, El Sobrante, CA 94803

Quality Department

Center for Elders' Independence

510 17th Street Oakland, CA 94612

- 일반** 이의 제기를 한 경우, 근무일 기준 5일 이내에 이의 제기 접수에 관한 서면 확인서를 받게 될 것입니다. **신속** 이의 제기의 경우, 귀하 또는 귀하의 대리인에게 근무일 1일 이내에 전화 또는 직접 대면으로 신속 이의 제기 요청이 접수되었음을 알려 드릴 것입니다.
- Center for Elders' Independence 의 결정에 대한 재검토는 통합 돌봄팀의 자문을 받아 최초 의사 결정 과정에 참여하지 않았고 이의 제기 결과에 따른 이해관계가 없는 사람이 담당하게 됩니다. 귀하 및 이의 제기를 돕는 누구나 서면 뿐만 아니라

직접 대면하여 검토를 위한 관련 사실 및/또는 증거를 제시하거나 제출할 수 있습니다.

7. Center for Elders' Independence 에서 귀하의 이의 제기에 대한 검토가 완료되면, 귀하와 귀하의 대리인에게 이의 제기 결정을 서면으로 통보하게 됩니다. 필요에 따라 그리고 결정 결과에 따라, 결정이 귀하에게 유리하지 않은 것이라면, Center for Elders' Independence 는 귀하와 귀하의 대리인에게 다른 이의 제기 권리에 대해 알려드릴 것입니다. 아래 설명된 정보를 참고하십시오.

이의 제기에 대한 결정

귀하에게 전적으로 유리한 결정이 내려진 경우, 당사는 귀하의 건강 상태가 필요로 하는 서비스를 신속하게 제공하거나 준비해야 합니다. **지급 요청에 대해 귀하에게 전적으로 유리한 결정이 내려진 경우**, 당사는 귀하의 이의 제기 요청을 접수한 후 달력상 60 일 이내에 요청된 비용을 지급해야 합니다.

귀하에게 완전히 유리한 결정이 내려지지 않은 경우, 특정 거부 사유, 해당 서비스가 귀하의 전반적인 건강을 개선하거나 유지하지 못하는 이유, 결정에 대한 이의 제기 권리, 그리고 Medicare 또는 Medi-Cal 프로그램을 통한 외부 이의 제기 권리에 대한 설명 (**하기의 추가 이의 제기권 참조**)이 포함된 서면의 통지서를 제공해 드립니다. 또한, 연방 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터와 캘리포니아 의료 복지부 (California Department of Health Care Services) 에도 통지해야 합니다.

Medi-Cal 및 Medicare 하에 가능한 추가의 이의 제기 권리

Center for Elders' Independence 에서 귀하에게 전적으로 유리하지 않은 결정을 내릴 경우, 귀하에게는 외부 이의 제기권이라는 추가의 이의 제기 권리가 있습니다. 외부 이의 제기로 Medicare 또는 Medi-Cal 프로그램을 통해 귀하의 이의 제기 요청에 대한 새롭고 공정한 검토를 하게 됩니다. **Medicare 와 Medi-Cal** 에 모두 가입되어 있는 경우, 어떤 이의 제기

절차를 사용할지 선택할 수 있습니다. 어떤 프로그램에 가입되어 있는지 확실하지 않은 경우, 저희에게 문의하십시오. 절차의 차이점과 어느 것이 더 적합한지 설명해드릴 수 있습니다. 외부 이의 제기는 Medicare 또는 Medi-Cal 중 하나에만 하실 수 있으며, 두 프로그램 모두에 신청할 수는 없습니다. 또한, 원하시는 경우 검토를 위해 해당 외부 프로그램으로 귀하의 이의 제기를 전달해 드립니다.

Medi-Cal 및 Medicare 의 외부 이의 제기 절차는 다음과 같습니다.

Medi-Cal 외부 이의 제기 절차

The **Medi-Cal program** conducts their next level of appeal through the State hearing process.

Medi-Cal 프로그램은 주 정부 청문회를 통해 다음과 같은 단계로 이의 신청을 진행합니다.

Medicare 와 Medi-Cal 에 모두 가입되어 있거나 **또는 Medi-Cal 에만** 가입되어 있고 Medi-Cal 의 외부 이의 제기 절차를 통해 저희의 결정에 이의 제기하는 경우, 저희는 귀하의 이의 신청을 캘리포니아 사회복지부(California Department of Social Services)로 송부합니다. 이의 신청 절차 중 언제든지 다음의 주소로 주 정부 청문회를 요청할 수 있습니다:

California Department of Social Services State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

전화: 1-800-952-5253

팩스: (916) 229-4410

TTY: 1-800-952-8349

정부 청문회 요청을 선택한 경우, 제 3 자 검토자의 결정일로부터 달력상 90 일 이내에 요청해야 합니다.

귀하에게 유리하지 않은 결정이 내려진 경우, 추가의 이의 제기 단계가 있으며, 저희는 귀하의 이의 제기 추진에 도움을 드릴 것입니다.

Medicare 외부 이의 제기 절차

Medicare 프로그램은 PACE 프로그램 관련 이의신청에 대한 외부 검토를 제공하기 위해 "독립 검토 기관"(Independent Review Entity: IRE) 과 계약을 맺고 있습니다. 이 검토 기관은 PACE 조직과는 별도의 완전히 독립된 기관입니다.

Medicare 와 Medi-Cal 에 모두 가입되어 있거나 **또는 Medicare 에만 가입**되어 있고 Medicare 의 외부 이의 제기 절차를 통해 저희 결정에 이의 제기하시는 경우, 저희는 귀하의 이의 신청을 IRE 로 보내 공정하게 검토하도록 할 것입니다. 서면으로 된 재심사 요청서는 내부 이의 신청에 대한 공정한 검토자의 결정일로부터 달력상 60 일 이내에 IRE 에 제출해야 합니다. IRE 는 검토 결과를 저희에게 연락할 것입니다. IRE 는 기존 결정을 유지하거나 결정을 변경하여 귀하에게 유리하게 판결할 것입니다.

이의 제기 절차에 대한 자세한 정보나 양식을 요청하려면, 월요일부터 금요일까지 오전 8 시부터 오후 5 시까지 (510) 433-1150 또는 TTY/TDD (510) 433-1165 로 전화하거나 Center for Elders' Independence, Quality Department, 510 17th Street, Oakland, CA 94612 로 연락하십시오.