Imprimir Borrar

Formulario de quejas por discriminación

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services | www.mass.gov/masshealth

Complete este formulario si cree que MassHealth lo(a) ha discriminado o tratado injustamente debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad , religión, orientación sexual o sexo (incluye identidad de género, embarazo, parto y afecciones médicas relacionadas). Usted puede presentar una queja en su nombre o en nombre de otra persona.

Las instrucciones para presentar la queja y solicitar ayuda adicional se especifican al final de este formulario. Nota: Es probable que, al investigar su queja, nos comuniquemos con usted y demás personas o entidades relevantes.

Por favor, complete en su dispositivo o escriba en letra de imprenta clara.

Nombre _____ Apellido _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico (si lo tiene) _____ Número de teléfono _____

Fecha de nacimiento o número de ID de MassHealth _____

¿Presenta usted esta queja en nombre de otra persona? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "sí", ¿en nombre de quién? _____

Creo que yo (u otra persona) he(ha) sido discriminado(a) debido a:

☐ Raza/Color/Nacionalidad de origen

☐ Edad

☐ Discapacidad

☐ Religión

☐ Orientación sexual

☐ Sexo (incluye identidad de género, embarazo, parto y afecciones médicas relacionadas)

☐ Otro (especifique): _____

¿Cuándo cree usted que ocurrió el caso de discriminación?

Escriba la(s) fecha(s). _____

¿Dónde, en la agencia de MassHealth, cree usted que ocurrió el caso de discriminación?

(continúa al dorso) ▶

Describa brevemente lo que sucedió. ¿Cómo y por qué cree que usted (u otra persona) ha sido discriminado(a)?

Por favor, sea tan específico(a) como le sea posible. Adjunte las páginas adicionales que sean necesarias.

Comprendo que, al presentar este formulario, estoy elevando una queja por discriminación ante la agencia de MassHealth. Certifico que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma _____ Fecha (mm/dd/aaaa) _____

¿Necesita usted alguno de los siguientes asistentes de comunicación?

☐ Interpretación del lenguaje de señas (especifique el tipo)_____

☐ Interpretación de idiomas (especifique el idioma) _____

☐ Otro (especifique):_____

Para presentar una queja, envíe una copia firmada por correo postal, fax o correo electrónico al Coordinador de Cumplimiento de la Sección 1557.

Por correo postal: Section 1557 Compliance Coordinator
1 Ashburton Place, 10th Floor
Boston, MA 02108

Por fax: 617-889-7862

Por correo electrónico: Section1557Coordinator@state.ma.us

Si necesita ayuda para presentar este formulario o necesita formatos alternativos, comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento por teléfono al (617) 573-1704, TDD/TTY: 711 o al (617) 573-1696; por fax al (617) 889-7862; o por correo electrónico a Section1557Coordinator@state.ma.us.

Imprimir Borrar