



Privacy Complaint Form

Use this form to file a privacy complaint with UNITE HERE HEALTH. UNITE HERE HEALTH will not require an individual to waive any rights under federal or state or privacy laws or other laws to file this complaint. You may also file a privacy complaint with the United State Department of Health and Human Services (DHHS). If you need assistance in completing this form, please call UNITE HERE HEALTH at 1-866-711-4373.

This form must be completed entirely. When complete, send to:
UNITE HERE HEALTH ■ Privacy Officer ■ 711 N. Commons Drive ■ Aurora, IL 60504

Section A: Complete the information below.

Last Name, First Name _____	SSN _____	Date of Birth _____
Address _____ (_____)	City, State, Zip _____	
Telephone (include area code) _____		

Section B: Answer the following questions.

When did you first become aware of this issue? _____
 Date _____

Have you filed this complaint with the Department of Health and Human Services? Yes No _____
 If **yes**, provide date

Section C: Provide a concise statement of your complaint. (If more space is required, use back of form.)

Section D: Signature

Signature of Individual or Individual's Personal Representative _____	Date _____
---	------------

Section E: If Section D is signed by a Personal Representative, complete the information below.

Personal Representative's Full Name _____	Relationship to Individual _____	(_____) Personal Rep's Telephone # _____
Personal Representative's Address _____		City, State, Zip _____

Section F: OFFICE USE ONLY

Date Received _____	Received By _____
---------------------	-------------------

Final Status:

--



Formulario de denuncia por violación de privacidad

Utilice este formulario para presentar una denuncia por violación de privacidad al UNITE HERE HEALTH. UNITE HERE HEALTH no exige que la persona renuncie a sus derechos en virtud de la legislación federal o del estado que garantiza la privacidad para presentar esta denuncia. Además, usted puede presentar una denuncia por violación de privacidad ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS). Si necesita ayuda para completar el formulario, por favor llame al UNITE HERE HEALTH al 1-866-711-4373.

Este formulario debe completarse en su totalidad. Una vez completo, sírvase enviarlo a:

UNITE HERE HEALTH ■ Privacy Officer ■ 711 N. Commons Drive ■ Aurora, IL 60504

Sección A: Complete los datos que aparecen a continuación.

Apellido, Primer Nombre

SSN

Fecha de nacimiento

Domicilio

Ciudad, Estado, Código Postal

()

Teléfono (incluir código de área)

Sección B: Responda las siguientes preguntas.

¿Cuándo se dio cuenta, por primera vez, del problema?

Fecha

¿Ha presentado algún reclamo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services)?

Si

No

Si marco sí provea la fecha

Sección C: Incluya a continuación una exposición breve de su denuncia. (Si necesita de mas espacio por favor use el dorso de la hoja)

Sección D: Firma

Firma de la persona o del representante personal

Fecha

Sección E: Si la Sección D está firmada por el Representante Personal, complete los datos que aparecen a continuación.

Nombre completo del Representante Personal

Relación con la persona

()

Número telefónico del Representante Personal

Domicilio del Representante Personal

Ciudad, Estado, Código Postal

Sección F: SÓLO USO OFICIAL

Fecha Recibida

Recibido por

Estado Final: