



Blue Cross Community Health PlansSM

Formulario de quejas sobre privacidad y seguridad

Use este formulario para presentar una queja sobre privacidad o seguridad ante Blue Cross Community Health Plans. Al presentar esta queja, usted no renuncia a ningún derecho a su disposición conforme a la ley federal o estatal. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Si necesita ayuda para completar este formulario, puede llamar al número de Servicio al Cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de asegurado. Debe completar todos los campos de este formulario.

**CUANDO LO HAYA COMPLETADO Y FIRMADO,
ENVÍELO POR CORREO A:**

**Blue Cross Community Health Plans
c/o Privacy Office
P.O. Box 805106
Chicago, IL 60680-4112**

Sección A: Complete la siguiente información:			
Nombre	N.º de grupo	N.º de identificación/ asegurado principal	
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Código de área y número de teléfono	Dirección de correo electrónico (si está disponible)		

Sección B: Brinde una declaración concisa de su queja:

Sección C: Firma. Este documento debe ser firmado por el individuo, el padre/la madre de un hijo menor de edad o el representante personal del individuo

Entiendo que solo puedo firmar en nombre de un hijo menor de 18 años, a menos que haya prueba de una tutela legal.

Firma

Fecha: mes/día/año

Sección D: Si un representante personal firma la Sección C, complete la siguiente información:

Si usted firma como apoderado notarial, tutor legal, ejecutor o administrador, adjunte una copia de los documentos legales. **NO** es necesario que adjunte copias de estos documentos si ya están en el archivo de Blue Cross Community Health Plans

Nombre del representante personal

Relación con el individuo

Dirección del representante personal

Ciudad

Estado

Código postal

Código de área y número de teléfono del representante personal

Dirección de correo electrónico del representante personal (si está disponible)

Comuníquese con Servicio al Cliente al **1-877-860-2837** (TTY/TDD **7-1-1**) si tiene alguna pregunta. Estamos a su disposición las 24 horas, los siete (7) días de la semana. La llamada es gratuita.

Para solicitar ayuda y servicios auxiliares o materiales en otros formatos e idiomas de manera gratuita, llame al 1-877-860-2837, TTY/TDD: 711.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no excluye a las personas ni las trata de manera diferente según su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - intérpretes capacitados en lenguaje de señas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - intérpretes capacitados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no le proporcionó estos servicios o que le discriminó de alguna otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, fax: 1-855-661-6960. Puede presentar su inconformidad por teléfono, por correo postal o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el coordinador de derechos civiles está a su disposición.

También, puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas 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, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Formularios para presentar quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

ESPAÑOL (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

POLSKI (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

繁體中文 (Chinese): 注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**。

한국어(Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**번으로 전화해 주십시오.

TAGALOG (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-877-860-2837 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)**.

РУССКИЙ (Russian): ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите на русском языке, то Вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-860-2837 (Телетайп: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો

1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711).

اردو (Urdu):

یاد رکھیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ **1-877-860-2837 (TTY: 711)** پر کال کریں۔

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

हिन्दी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं नि:शुल्क उपलब्ध हैं।

1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711) पर कॉल करें।

FRENCH (French): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-877-860-2837 (TTY/TDD : 711)**.

ΕΛΛΗΝΙΚΑ (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-877-860-2837 (TTY/TDD: 711)**.