



DEPARTAMENT ZDROWIA I USŁUG SPOŁECZNYCH  
(DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)  
**BIURO PRAW OBYWATELSKICH**  
(OFFICE FOR CIVIL RIGHTS (OCR))

Form Approved: OMB No. 0990-0269  
See OMB Statement on Reverse.



## SKARGA O NARUSZENIU PRYWATNOŚCI INFORMACJI MEDYCZNYCH

**Jeśli masz pytania dotyczące tego formularza, to zadzwoń do OCR (bezpłatnie) na numer:  
1-800-368-1019 (każdy język) lub 1-800-537-7697 (TDD dla głuchoniemych)**

TWOJE IMIĘ		TWOJE NAZWISKO	
TELEFON DOMOWY ( )		TELEFON DO PRACY ( )	
ADRES, ULICA		MIASTO	
STAN	KOD POCZTOWY	ADRES E-MAILOWY (O ile Jest)	

**Czy składasz skargę w imieniu innej osoby?**  Tak  Nie

Jeśli Tak, to czyje prawa związane z ochroną prywatności informacji medycznych Twoim zdaniem zostały złamane?

IMIĘ \_\_\_\_\_ NAZWISKO \_\_\_\_\_

**Kto (lub która agencja lub organizacja, np. placówka służby zdrowia, ubezpieczyciel zdrowotny) uważasz, że złamał Twoje (lub innej osoby) prawa związane z ochroną prywatności informacji medycznych lub dopuścił się innego pogwałcenia Zasady Ochrony Prywatności?**

OSOBA / AGENCJA / ORGANIZACJA

ADRES, ULICA		MIASTO	
STAN	KOD POCZTOWY	NUMER TELEFONU ( )	

**Kiedy Twoim zdaniem doszło do złamania praw związanych z ochroną prywatności informacji medycznych?**

WYMIENŃ WEDŁUG DAT

**Krótko opisz co się stało. Jak i dlaczego uważasz, że Twoje (lub innej osoby) prawa związane z ochroną prywatności informacji medycznych zostały złamane lub, że doszło do pogwałcenia Zasady Ochrony Prywatności? Proszę podać tylko konkretne informacje (Załącz dodatkowe strony, jeśli to konieczne).**

**Proszę złożyć podpis i datę:**

PODPIS \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

Złożenie skargi do OCR jest dobrowolne. Jednak bez informacji, o które prosimy powyżej OCR może nie być w stanie rozpatrzyć skargi. Niniejsze informacje zbieramy w ramach Zasady Ochrony Prywatności wydanej zgodnie z Ustawą o Zmianach i Odpowiedzialności za Ubezpieczenia Zdrowotne z roku 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996). Wykorzystamy podane przez Ciebie informacje, aby ustalić czy mamy jurysdykcję i jeśli tak, to jak rozpatrzyć Twoją skargę. Informacje zawarte w tym formularzu będą traktowane poufnie i są chronione przez ustalenia Ustawy o Ochronie Prywatności z 1974 roku (Privacy Act of 1974). Nazwiska i inne informacje pozwalające na identyfikację osób są ujawniane, gdy jest to konieczne do przeprowadzenia śledztwa w sprawie domniemanego złamania praw związanych z ochroną prywatności informacji medycznych, oraz do wykorzystania w działaniach wewnętrznych, lub wykorzystaniu rutynowych, do których zalicza się ujawnienie informacji poza Departamentem, w celach związanych ze sprostaniem wymogom ochrony prywatności informacji medycznych i w zgodzie z prawem. Nielegalne są następujące działania ze strony placówek służby zdrowia objętych Zasadą: zastraszanie, grożenie, zmuszanie, dyskryminowanie lub podejmowanie działań odwetowych w stosunku do Ciebie za złożenie niniejszej skargi lub za podjęcie jakichkolwiek innych działań mających na celu egzekwowanie Twoich praw w ramach Zasady Ochrony Prywatności. Nie masz obowiązku korzystać z niniejszego formularza. Możesz również napisać list lub złożyć skargę zawierającą te same informacje drogą elektroniczną. Aby złożyć skargę drogą elektroniczną, wejdź na naszą stronę internetową: [www.hhs.gov/ocr/privacy/howtofile.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/howtofile.html). Aby wysłać skargę pocztą, zobacz drugą stronę z adresami Biur Regionalnych OCR.

(Dalsze informacje na tym formularzu są dowolne. Brak odpowiedzi na te dowolne pytania nie wpłynie na decyzję OCR o rozpatrzeniu Twojej skargi.)

Czy potrzebujesz specjalnych udogodnień w celu komunikowania się z Tobą w sprawie tej skargi (zaznacz wszystkie opcje, które mają zastosowanie)?

- Alfabet Brajla     Duży druk     Taśma kasetowa     Dyskietka komputerowa     Poczta elektroniczna     TDD (dla głuchoniemych)
- Tłumacz języka migowego (określ język): \_\_\_\_\_
- Tłumacz języka obcego (określ język): \_\_\_\_\_  Inne: \_\_\_\_\_

Jeśli nie możemy się z Tobą skontaktować bezpośrednio, to czy jest inna osoba, z którą moglibyśmy się skontaktować, aby dotrzeć do Ciebie?

IMIĘ		NAZWISKO	
TELEFON DOMOWY ( )		TELEFON DO PRACY ( )	
ADRES, ULICA		MIASTO	
STAN	KOD POCZTOWY	ADRES E-MAILOWY (o ile jest)	

Czy skarga została złożona również gdzie indziej? Jeśli tak, to proszę podać następujące informacje. (Załącz dodatkowe strony, jeśli to konieczne.)  
OSOBA / AGENCJA / ORGANIZACJA/NAZWA(Y) SĄDU

DATA(Y) ZŁOŻENIA	NUMER(Y) SPRAWY (o ile są znane)
------------------	----------------------------------

Aby lepiej służyć społeczeństwu, prosimy o podanie następujących informacji na temat osoby, której prawa związane z ochroną prywatności informacji medycznych uważasz, że zostały złamane (dotyczy to Ciebie lub osoby, w imieniu której składasz skargę).

- POCHODZENIE (wybierz jedną opcję)    RASA (wybierz jedną lub kilka opcji)
- Hiszpańskie lub latynoskie     Indianin Amerykański lub rodowity mieszkaniec Alaski     Azjatycka     Rodowity mieszkaniec Hawajów lub innych wysp Pacyfiku
- Niehiszpańskie i nietatynskie     Czarna lub Amerykanin pochodzenia afrykańskiego     Biała     Inna (określ): \_\_\_\_\_

GŁÓWNY JĘZYK MÓWIONY (jeśli inny niż angielski)    JAK SIĘ DOWIEDZIAŁE(A)Ś O BIURZE PRAW OBYWATELSKICH?

Aby wysłać skargę pocztą, proszę wypełnić formularz na maszynie lub drukowanymi literami i wysłać go na jeden z adresów Biur Regionalnych OCR podanych poniżej w oparciu o to, gdzie doszło do domniemanego aktu dyskryminacji.

<b>Region I - CT, ME, MA, NH, RI, VT</b> Office for Civil Rights Department of Health & Human Services JFK Federal Building - Room 1875 Boston, MA 02203 (617) 565-1340; (617) 565-1343 (TDD) (617) 565-3809 FAX	<b>Region V - IL, IN, MI, MN, OH, WI</b> Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 233 N. Michigan Ave. - Suite 240 Chicago, IL 60601 (312) 886-2359; (312) 353-5693 (TDD) (312) 886-1807 FAX	<b>Region IX - AZ, CA, HI, NV, AS, GU, The U.S. Affiliated Pacific Island Jurisdictions</b> Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 (415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD) (415) 437-8329 FAX
<b>Region II - NJ, NY, PR, VI</b> Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 26 Federal Plaza - Suite 3313 New York, NY 10278 (212) 264-3313; (212) 264-2355 (TDD) (212) 264-3039 FAX	<b>Region VI - AR, LA, NM, OK, TX</b> Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 1301 Young Street - Suite 1169 Dallas, TX 75202 (214) 767-4056; (214) 767-8940 (TDD) (214) 767-0432 FAX	
<b>Region III - DE, DC, MD, PA, VA, WV</b> Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 150 S. Independence Mall West - Suite 372 Philadelphia, PA 19106-3499 (215) 861-4441; (215) 861-4440 (TDD) (215) 861-4431 FAX	<b>Region VII - IA, KS, MO, NE</b> Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 601 East 12th Street - Room 248 Kansas City, MO 64106 (816) 426-7277; (816) 426-7065 (TDD) (816) 426-3686 FAX	<b>Region X - AK, ID, OR, WA</b> Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11 Seattle, WA 98121 (206) 615-2290; (206) 615-2296 (TDD) (206) 615-2297 FAX
<b>Region IV - AL, FL, GA, KY, MS, NC, SC, TN</b> Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 61 Forsyth Street, SW. - Suite 3B70 Atlanta, GA 30323 (404) 562-7886; (404) 331-2867 (TDD) (404) 562-7881 FAX	<b>Region VIII - CO, MT, ND, SD, UT, WY</b> Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 1961 Stout Street - Room 1426 Denver, CO 80294 (303) 844-2024; (303) 844-3439 (TDD) (303) 844-2025 FAX	

#### Informacja o obciążeniu

Ocenia się, że wypełnienie niniejszego formularza zajmie średnio 45 minut; wlicza się w to przeglądanie instrukcji, zbieranie potrzebnych danych oraz wprowadzanie jak i przeglądanie informacji na wypełnionym już formularzu. Agencja nie może zbierać ani sponsorować zebrania informacji bez ważnego numeru kontrolnego. Osoba nie ma obowiązku podawać informacji bez ważnego numeru kontrolnego. Komentarze dotyczące niniejszej oceny lub jakiegokolwiek innego aspektu związanego ze zbieraniem tych informacji, w tym sugestii dotyczących zredukowania tego obciążenia na adres:

HHS/OS Reports Clearance Officer, Office of Information Resources Management, 200 Independence Ave. S.W. Room 531H, Washington, D.C. 20201