



pennsylvania
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

QUEJA

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número del beneficiario: _____

Dirección del individuo: _____

1. Por favor, explique la naturaleza de su queja. Usted puede presentar una queja sobre las políticas y procedimientos de privacidad del departamento, el cumplimiento con estas políticas y procedimientos, o el cumplimiento con la ley de privacidad HIPAA. (Puede adjuntar hojas adicionales si es necesario.)

2. Entiendo que esta queja se debe presentar en un plazo de 180 días a partir de cuando me enteré de la acción o la falta de acción que es la base de esta queja.
3. Entiendo que esta queja puede ser presentada directamente a:

**Privacy/Client Information Officer
Department of Human Services
Office of General Counsel
3rd Floor West, Health & Welfare Building
Harrisburg, PA 17120**

4. Entiendo que puedo presentar mi queja directamente al Secretario Servicios de Salud y Humanos, escribiendo a: **200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201**

Firma del individuo o representante personal

Fecha

FOR DEPARTMENT USE ONLY (SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO)

Date received: _____ Received by: _____

Investigation commenced: _____

Resolution:

Comments: