==========

APLICACION PARA SERVICIOS DE MEDICAID PARA NINOS/NINAS CON DISCAPACIDADES EN DESARROLLO

==========

Gracias por su interés en los servicios de Discapacidad de Desarrollo de medicaid para niños/niñas. En orden para determinar si su niño/a es elegible para servicios, usted necesitará completar u obtener cada uno de los artículos solicitados como parte del proceso de aplicación.

1. Llenar, firmar y devolver cada uno de los formularios listados abajo. Aplicaciones no conteniendo esta información no serán aceptados. Estos formularios han sido incluidos en el paquete de aplicación para su conveniencia:
   - Aplicación de Discapacidad de Desarrollo para niños/niñas
   - Autorización para Revelación.
   - Reconocimiento de recepción de Notificacion de Practica de privacidad
2. En orden de procesar su aplicación inicial, los tres artículos deberán ser sometidos.

Recomendamos adicionalmente que usted proporcione las siguientes documentaciones para asistir en la determinación de elegibilidad:

3. Proporcionar documentaciones que verifican que su niño/a tiene un diagnostico que califica como una discapacidad de desarrollo. Las documentaciones requeridas son como sigue:
   - Si el Diagnostico de su niño/a es parálisis Cerebral, Epilepsia, o condición cercanamente relacionada: Proporcionar documentaciones médicos de un médico.

     O
   - Si el Diagnostico de su niño/a es Discapacidad Intelectual o condición cercanamente relacionada: Proporcionar resultados de examen cognitivo. Si el examen no fue hecho dentro de los últimos tres años, deberá tener una nueva evaluación. Instrumentos aprobados de examen están listados en las "Instrucciones para Completar la Aplicación para Servicios de Discapacidad de Desarrollo para Niños/Niñas" Incluidos con este paquete.

     O
   - Si el Diagnostico es Espectro de Desorden de Autismo tales como: Autismo, Asperger o Desorden de Desarrollo Generalizado (PDD): Proporcionar una evaluación completado por un/a profesional licenciado/a y calificado/a para hacer un Diagnóstico de Espectro de Autismo.

Una vez que hayas completado y/o obtenido cada uno de los artículos de arriba, devuelva la información al Departamento de salud y Bienestar por Correo Electrónico, Fax, O correo:

Correo Electrónico:
ChildrensDDintake@dhw.idaho.gov

Fax: (208) 332-7331
Attn: Children's DD Application

Correo O entrega a mano:
Children's DD Application
DHW FACS DD Program
450 W State Street
Boise, Idaho 83720

Al recibirlo vamos a adelantarlo a la oficina del Centro para Evaluación de Discapacidades de Idaho (ICDE) quien completará el proceso de elegibilidad de su niño/a. Es importante que usted someta toda documentación solicitada al mismo tiempo para que el ICDE puede procesar su aplicación de manera a tiempo.

Una vez que toda la documentación es recibida por el ICDE, ellos revisarán los documentos y contactarán a usted para programar un tiempo para completar la evaluación de elegibilidad.

Si tienes preguntas algunas acerca de este proceso de aplicación o los documentos solicitados, por favor contactar Ingreso Central al (208) 334-6500 o teléfono Gratis al 1-877-333-9681.

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

APLICACION PARA SERVICIOS DE DISCAPACIDAD DE DESARROLLO PARA NIÑOS/NIÑAS R 3_12_15

Fecha: _____

Nombre de niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Está el/la niño/a actualmente registrado en Medicaid? □ Si □ No # Medicaid: _____Healthy Connections? □ Si □ No

Nombre de Padres/Guardián: _____

Lenguaje principal hablado en el Hogar: _____ Dirección: _____

Dirección de Correo si es Diferente: _____

Teléfono (1): _____ Teléfono (2): _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de Medico: _____ Teléfono: _____

Dirección del Medico: _____

Nombre de Escuela si es aplicable: _____ Nombre del Maestro/a Principal: _____

Diagnostico: _____

Que servicios/soporte cree usted que beneficiarían al niño o la niña: _____

_____

¿Recibe su niño/a algunos de los siguientes servicios?
Coordinación de Servicios □ SI □ No PCS? □ Si □ No CBRS? □ Si □ No
Listar Inscripción en otros servicios, incluyendo servicios de otros departamentos: _____

Otros historiales o información pertinente acerca del niño o la niña: _____

_____

Documentos para determinar elegibilidad:

□ Expedientes Médicos

(Si el diagnóstico del niño o la niña es **Parálisis Cerebral, Epilepsia, o condiciones cercanamente relacionados**, incluir expedientes que verifican la discapacidad)

□ Examen Cognitivo

(Si el Diagnostico es **discapacidad intelectual o condición cercanamente relacionado**, incluir IQ/examen Psicométrico que verifican la discapacidad

□ Evaluación de Autismo

(Si el diagnóstico del niño o la niña es **Espectro de Desorden de Autismo, Asperger o Desorden de Desarrollo Generalizado (PDD), o condición cercanamente relacionado**, siempre y cuando sea completado la evaluación por un/a profesional licenciado/a y calificado/a para hacer un diagnóstico de espectro de Autismo)

Documentos Colaterales Adicionales si son Disponibles:

□ Historial y Físico (Examen de niño/a Sano/a) ***Requerido antes de ser Escrito el Plan de Servicio.***

□ Expedientes de la Escuela/Evaluación Relacionado a la Discapacidad

□ Lenguaje/Habla, Terapia Físico, Terapia Ocupacional, Plan CBRS

□ Otras Evaluaciones Pertinentes: _____

Firma de Padres/Guardián Legal: _____ Relación con el/la Solicitante:: _____
16.05.01.050. Cuando individuos, representantes legales o representantes informacionales firman la aplicación, ellos consienten para que el departamento recolecte, use o revela información al ser necesario para que un individuo reciba beneficios o servicios del departamento. Si ninguno de estos individuos proporciona un consentimiento en una aplicación, servicios pueden ser rechazados. Un representante informal puede solamente consentir a la divulgación de información confidencial cuando es permitido por las reglas.

***El departamento deberá recibir una aplicación firmada en orden de procesar. Aplicaciones sometidos sin firma, recibo de privacidad y revelación ICDE será retornado.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA APLICACIÓN DE SERVICIOS DE DISCAPACIDAD DE DESARROLLO DE NIÑOS/NIÑAS

Nombre de niño/a: Nombre y apellido del niño o la niña aplicando para servicios.
Fecha de nacimiento: Fecha de cumpleaños (mes, día, y año)
Está el niño o la niña actualmente registrado/a en Medicaid: Marcar la caja de "si" si él o ella está registrado/a en Medicaid si no está, marque "No"
MID: Si usted marcó la caja de "si" como respuesta a si el/la niño/a está "registrado/a en Medicaid". El número de Medicaid son los primeros (7) siete dígitos del número de identificación de Medicaid como es escrito en la tarjeta de Medicaid de Idaho.
Healthy Connections (Conexiones de Salud): Macar la caja de "Si" Si el/la niño/a registrado//a es de Healthy Connections (Conexiones de Salud) y la caja de "No" si no son. Si usted no sabe la respuesta a esta pregunta, no marque ninguna de las cajas
Nombre de Padres/Guardián Legal: Nombre y apellido de los padres o guardianes legales.
Dirección: Dirección de Correo de los padres o Guardianes legales (incluyendo ciudad, estado, y código postal)
Teléfono (1) y (2): Número de teléfono durante el día donde los padres o guardianes legales pueden ser contactados. Por favor incluir el código del área
Correo Electrónico: Dirección de Correo electrónico de los padres o guardianes.
Nombre del Médico: Indicar el Nombre y apellido del médico principal del niño o la niña.
Nombre de la Escuela si es aplicable: Nombre de la escuela actual del niño o la niña. Si el niño o la niña no asisten a la escuela por favor dejar en blanco.
Nombre de Maestro/a principal: Nombre y apellido de el/la maestro/a de el niño o la niña. Si el/la niño/a no asiste a la escuela, por favor dejar en blanco.
Diagnóstico: Nombrar los diagnósticos de discapacidades del niño o la niña
Que Servicios/soporte usted cree que beneficiarían al niño o la niña: Nombrar cualquier otro servicio o soporte que usted cree que beneficiarían al niño o la niña. Una lista de servicios tradicionales están incluidos en este paquete de aplicación,
Persona Solicitando los servicios: Su (persona llenando la aplicación) nombre y apellido.
Relación al Solicitante: Su (Persona llenando la aplicación) relación con el niño o la niña.
Nombrar inscripción en cualquier otro/s servicios, incluyendo servicios del departamento: Nombrar cualquier otro/s servicios o terapias en las cuales el niño o la niña está involucrado/a (Eje: terapia de habla, terapia ocupacional, Terapia de consejería etc...).
Otro Historial o información pertinente acerca de su niño/a: Nombrar cualquier otro asunto médico y/o psiquiátrico y/o diagnósticos. Incluyendo cualquier otra información que usted siente que puede ser importante para la persona revisando la aplicación para saber. Un Historial y Físico será requerido antes de que sea escrito un plan de servicio. Estamos animando a usted chequear con el medico se su niño/a para prevenir un atraso en servicios.
Documentos para determinar Elegibilidad: marcar las cajas enfrente de los documentos que están incluidos en la aplicación. Solamente los expedientes mencionados para la discapacidad del niño o la niña son requeridos. Por ejemplo: si el niño o la niña tiene Epilepsia, solamente expedientes médicos son requeridos; no examen Psicológico o psicométricos. ➢ **Examen Cognitivo:** Los siguientes exámenes serán aceptados como documentos: La Escala Bayley de Desarrollo de Infantes; Escala de Inteligencia de Stanford Binet; Escala Preescolar y Primaria de Inteligencia Weschler; Escala de Inteligencia de Adultos Weschler. ➢ **Evaluación de Autismo:** Individuos quienes están calificados para diagnosticar a un/a niño/a con Espectro de Desorden de Autismo Incluye: Pediatra de Desarrollo, Neurólogo de niños/niñas, Psicólogo y Psiquiatra.
Documentos Colaterales Adicionales: Marcar las cajas enfrente de la documentación que está incluida en la aplicación. Esto es documentos adicionales pueden ser de ayuda para elegibilidad pero no es requisito.

Idaho Center for Disabilities Evaluation
Idaho State University

Consentimiento para reunir, usar y revelar información

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de envío: _____

Dirección residencial (si es diferente): _____

Teléfono principal: _____

Nombre del solicitante (si es diferente del padre/tutor del niño): *ICDE*

Doy mi consentimiento para que *Idaho Center for Disabilities Evaluation* reúna, use y revele mi información. Esta información es necesaria con el propósito de proporcionar beneficios o servicios, obtener el pago de mis beneficios o servicios y para llevar a cabo operaciones comerciales normales.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que el *Center for Disabilities Evaluation* ya haya utilizado y revelado mi información en virtud de este consentimiento. Si revoco este consentimiento, el *Center for Disabilities Evaluation* tiene el derecho de reportar la acción al Departamento de Salud y Bienestar, el cual tiene el derecho de negarse a proporcionar más beneficios o servicios.

Si la persona que da el consentimiento de la revelación de información es alguien diferente al padre, debe proporcionar la documentación de su autoridad.

Padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

****** Este consentimiento expira en 1 año a partir de la fecha de la firma ******

***** POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO CON SUS OTROS MATERIALES DE SOLICITUD *****

**********EL SIGUIENTE ESPACIO ESTÁ RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA ICDE**********

Por favor indique la ubicación

Por favor indique: (✓)	Ubicación/región	Dirección	Teléfono	Fax
	Coeur d'Alene (Reg. 1)	7950 Meadowlark Way, Ste. C, CDA, ID 83815	208-772-8502	208-772-8504
	Lewiston (Reg. 2)	1118 F Street, 3rd Floor, Lewiston, ID 83501	208-799-5044	208-799-5082
	Boise (Reg. 3&4)	1000 N. Curtis Rd., Ste. 300, Boise, ID 83706	208-376-0072	208-376-3442
	Twin Falls (Reg. 5)	522 Madrona St., Twin Falls, ID 83301	208-736-5711	208-736-7091
	Pocatello (Reg. 6)	921 So. 8th Ave., Stop 8082, Pocatello, ID 83209 Physical Address: 1001 N. 7th Ave., Pocatello, ID 83201	208-282-5465	208-282-1003
	Idaho Falls (Reg. 7)	1560 Midway Avenue, Ammon, ID 83406	208-525-7050	208-525-7051

IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE

Reconocimiento del Recibo del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente _____
(Por favor escriba en letra de molde su Primer Nombre, la Inicial del Segundo Nombre y su Apellido)

Con mi firma abajo, reconozco que he recibido el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad provistas por el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

Su firma _____ Fecha _____

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

Fecha Vigente 14 de Abril, 2003

HW-0320S
Revisado 03/07

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CON CUIDADO.

- Si usted tiene cualquier pregunta sobre este Aviso, por favor contacte a la Oficina de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar al 208-334-6519 ó por correo electrónico al PrivacyOffice@dhw.idaho.gov.

- Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Copias de este aviso están disponibles en las oficinas del Departamento de Salud y Bienestar. Este aviso también está disponible en el sitio web del Departamento de Salud y Bienestar en http://www.healthandwelfare.idaho.gov

EL PROPÓSITO DE ESTE AVISO

Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad describe cómo el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (Departamento) maneja información confidencial, siguiendo los requisitos estatales y federales. Todos los programas dentro del Departamento pueden compartir información confidencial entre sí como sea necesario para proveerle beneficios o servicios y para el propósito normal de un negocio. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento como sea necesario para proveerle beneficios o servicios.

Nosotros estamos dedicados a proteger su información confidencial. Nosotros creamos archivos de los beneficios o servicios que usted recibe por parte del Departamento. Nosotros necesitamos estos archivos para proveerle cuidado y servicios de calidad. También necesitamos estos documentos para seguir las leyes locales, estatales y federales.
Se nos requiere de:

- usar y divulgar información confidencial como la ley lo requiere;
- mantener privada su información;
- darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad para su información; y
- seguir los términos del aviso que está actualmente en efecto.

Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad para recibir beneficios o servicios.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1. Derecho de Revisar y Copiar

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información como lo permita la ley.

Si a usted le gustaría revisar y copiar su información, el formulario "Records Request" (Solicitud de Documentos) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento le responderá dentro de 3 días de trabajo de cuando se recibió su petición. El Departamento puede extender el tiempo que se toma en responderle a 7 días de trabajo adicionales si la información que solicita no puede ser localizada ni recuperada dentro de los 3 días originales. Si este es el caso se le enviará un aviso de la extensión y la razón de ésta.

Si desea recibir una copia de la información, puede que exista un cobro. Si pide 100 páginas o más de nuestros archivos, el cobro puede ser de 10¢ por página.

Se le notificará si existe información que legalmente no le podemos divulgar.

2. **Derecho de Corregir**
Usted tiene el derecho de pedirnos que hagamos cambios a su información si cree que la información que tenemos sobre usted es errónea o no está completa.

Si le quiere pedir al Departamento que cambie su información, el formulario "Request to Amend Records" (Solicitud para Corregir Documentos) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento le responderá a su petición dentro de 10 días.

Nosotros podemos negar su petición si nos pide que cambiemos información que:

- No fue creada por el Departamento;
- No es parte de la información que es mantenida por el Departamento ni es para éste;
- No es parte de la información que se le permite revisar y copiar; o
- Nosotros determinamos que está correcta y completa.

3. **Derecho de Restringir Divulgaciones de la Información sobre la Salud**
Usted tiene el derecho de pedirnos que no compartamos su información sobre la salud para su tratamiento o servicios, o en el propósito normal de un negocio. Usted nos debe decir qué información no desea que compartamos y con quién no la debemos compartir.

Si usted quiere pedirle al Departamento que no comparta su información, el formulario "Request to Restrict Health Information Disclosures" (Solicitud para Restringir las Divulgaciones de la Información sobre la Salud) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

Si otorgamos su petición, nosotros cumpliremos con su deseo a menos que la información se necesite para darle tratamiento en caso de emergencia o hasta que suspenda la restricción.

4. **Derecho a una Manera Alterna de la Entrega de Información**
Usted tiene el derecho de pedir que le entreguemos su información a una dirección diferente. Por ejemplo, nos puede pedir que le enviemos su información de un programa a una dirección diferente de la de otros programas de los cuales usted recibe servicios o beneficios.

Si usted desea solicitar una manera alterna de la entrega de su información, el formulario "Request for Alternate Means of Delivery" (Solicitud para una Manera Alterna de Entrega) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

Nosotros no le preguntaremos la razón de su petición. Todas las solicitudes razonables serán aprobadas.

5. **Derecho a un Reporte de las Divulgaciones de la Información sobre la Salud**
Usted tiene el derecho a un reporte de las divulgaciones de la información sobre su salud. Este reporte de divulgaciones no incluye las veces en que hemos compartido su información de la salud para tratamiento, pago para su tratamiento o para el propósito normal de un negocio, o las veces que nos autorizó para compartir su información.

Si usted desea solicitar un reporte de las divulgaciones de la información sobre su salud, el formulario "Request to Receive a Report of Health Information Disclosures" (Solicitud para Recibir un Reporte de las Divulgaciones de la Información sobre la Salud) está disponible en las oficinas del Departamento. Usted debe completar este formulario y regresarlo a una oficina del Departamento para procesarlo. El Departamento responderá a su petición dentro de 10 días.

El primer reporte que nos pida y que recibe en el paso de un año será libre de cobro. Para reportes adicionales dentro del mismo año, cobraremos los gastos de proveerlo. Nosotros le diremos el costo y usted puede remover o cambiar su petición en ese entonces antes de que se le cobre algo.

CÓMO EL DEPARTAMENTO PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN

Ocasiones en donde no se necesita su permiso

- **Para Recibir Tratamiento.** Nosotros podemos usar su información para darle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, un profesional médico u otra persona que le está dando tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para coordinar servicios que tal vez necesite. Nosotros también podemos compartir su información con personas fuera del Departamento que participan en su cuidado, tales como miembros de la familia, representantes informales o legales, u otros que le pueden dar servicios como parte de su cuidado.

- **Para Recibir Pago.** Nosotros podemos usar y compartir su información para el tratamiento y los servicios que recibe por medio del Departamento puedan ser pagados. Por ejemplo, necesitamos darle a su compañía de seguro médico información sobre el tratamiento o los servicios que recibió para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.

- **Para la Operación del Negocio.** Nosotros podemos usar y compartir su información con propósito de operar el negocio. Esto es necesario para la operación diaria del Departamento y para asegurarnos de que todos nuestros clientes reciben calidad de cuidado. Por ejemplo, podemos usar su información para revisar nuestra provisión de tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal cuando le provee servicios.

Ocasiones en donde se necesita su permiso

- **Por razones que no son para el tratamiento, el Pago o la Operación del Negocio.** Existen ocasiones cuando el Departamento tenga que usar y compartir su información por razones que no son para el tratamiento, el pago y la operación del negocio como se explicó arriba. Por ejemplo, si su empleador o escuela le pide información al Departamento que no es parte del tratamiento, del pago ni la operación del negocio, el Departamento le pedirá una autorización por escrito permitiéndonos compartir esa información. Si nos da permiso para usar y compartir su información, usted también puede suspender ese permiso en cualquier momento, si lo hace por escrito. Si suspende su permiso, no usaremos ni compartiremos esa información. Usted debe comprender que no podemos recuperar información que ya compartimos con su autorización.

- **Personas que son parte de su cuidado o pago por su cuidado.** Nosotros podemos darle información a un miembro de la familia, a un representante legal, o a alguien a quien usted ha designado como parte de su cuidado. También le podemos dar su información a alguien que le ayuda a pagar por su cuidado. Si usted no puede decir sí o no a dicha divulgación, podemos compartir su información como sea necesario si determinamos en nuestra opinión profesional que es para su bienestar. También, podemos compartir su información en un desastre para que su familia o representante legal esté informada sobre su condición, estado y localidad.

Otros usos de su información que pueden ser hechos sin su permiso

- Para recordatorios de citas
- Para alternativas de tratamiento
- Como lo requiera la ley
- Para el riesgo de la salud pública
- Para la policía
- Para demandas y disputas
- Para médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerales
- Para donar órganos y tejido
- Para tratamiento de emergencia
- Para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad
- Para organizaciones militares y de veteranos
- Para actividades de supervisión de la salud
- Para actividades de seguridad nacional e inteligencia
- Para instituciones correccionales

REQUISITOS ESPECIALES

Información que se ha recibido de un programa de tratamiento para el abuso de sustancias financiado con fondos federales o por medio del programa de bebés y niños pequeños no será divulgada sin la autorización específica de la persona o de un representante legal.

CAMBIOS A ESTE AVISO

El Departamento tiene el derecho de cambiar este aviso. Una copia de este aviso se encuentra fijado en nuestras oficinas del Departamento. La fecha de vigencia de este aviso se muestra arriba de cada página. Si el Departamento hace algún cambio a este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad, el Departamento seguirá los términos del aviso que está actualmente en vigencia.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad sobre su información confidencial han sido violados, usted puede someter una queja por escrito con el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todas las quejas que son entregadas al Departamento deben ser por escrito en el formulario de "Complaint Privacy" (Quejas de Privacidad) que está disponible en las oficinas del Departamento. Para someter una queja con el Departamento, envíe el formulario completado de Quejas de Privacidad a:

Idaho Department of Health and Welfare
Privacy Office
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Si usted cree que sus derechos de privacidad sobre su información de la salud han sido violados, usted también puede someter una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Su queja debe ser por escrito y debe poner el nombre de la organización la cual es el sujeto de su queja y describir lo que cree que fue violado. Envíe su queja por escrito a:

Region 10
Office for Civil Rights
U. S Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue-Suite 900
Seattle, Washington 98121-1831

Para todas las quejas sometidas por correo electrónicas enviar a OCRComplaint@hhs.gov

Una queja ya sea con el Departamento de Salud y Bienestar o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos debe ser sometida dentro de 180 días de cuando usted cree que la violación a la privacidad ocurrió. Este límite de tiempo para someter quejas puede ser suspendido con buena causa.

Usted no será castigado ni se tomarán represalias en su contra por someter una queja.

IDAHO DEPARTMENT OF HEALTH & WELFARE

Reconocimiento del Recibo del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente_____
(Por favor escriba en letra de molde su Primer Nombre, la Inicial del Segundo Nombre y su Apellido)

Con mi firma abajo, reconozco que he recibido el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad provistas por el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

Su firma _____ Fecha_____