



Formulario de quejas sobre privacidad y seguridad

Use este formulario para presentar una queja relacionada con la privacidad o seguridad a Blue Cross and Blue Shield of Texas. Si presenta esta queja, usted no renuncia a ninguno de sus derechos conforme a las leyes federales o estatales. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si necesita ayuda para completar este formulario, puede llamar a Servicio al Cliente de Blue Cross and Blue Shield of Texas, al **1-888-657-6061 (TTY 711)**. Debe completar todos los campos de este formulario.

UNA VEZ QUE EL FORMULARIO ESTÉ COMPLETO Y FIRMADO, ENVÍELO POR CORREO A:

Blue Cross and Blue Shield of Texas
P.O. Box 804836
Chicago, IL 60680-4110

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le proporcionó los servicios adecuados o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar su inconformidad a la siguiente persona: **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, Civilrightscoordinator@hsc.net**. Puede presentar su inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Coordinador de derechos civiles está a su disposición para brindársela.

Sección A: Complete la siguiente información:

Nombre		N.º de grupo	N.º de asegurado principal	
_____		_____	_____	
N.º del Seguro Social	Fecha de nacimiento			
_____	_____			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
_____	_____	_____	_____	
Código de área y número de teléfono		Dirección de correo electrónico (si corresponde)		
_____		_____		

Sección B: Describa brevemente su queja:

Sección C: Firma. Este documento debe estar firmado por el solicitante, uno de los padres del menor de edad o el representante personal del solicitante.

Entiendo que solo puedo firmar en nombre de un menor de edad si este es menor de 18 años, a menos que se presente una prueba de tutela.

Firma:

Fecha: mes/día/año

Sección D: Si la Sección C está firmada por un representante legal, complete la información que aparece a continuación:

Si usted firma este documento como apoderado, tutor legal, albacea o administrador, debe adjuntar una copia de los documentos legales. **NO** debe adjuntar copias de estos documentos si ya están incluidos en los registros de Blue Cross and Blue Shield of Texas.

Nombre del representante personal

Relación con la persona

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 corresponde)

Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o para obtener interpretación oral o escrita para entender la información que se le brinda, lo que incluye materiales en formatos alternativos, como letra grande, braille u otros idiomas, llame al número de Servicio al Cliente de BCBSTX que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta del plan.

Blue Cross and Blue Shield of Texas 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 Texas no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- 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 recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: 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, Civilrightscoordinator@hcsc.net. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

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 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-710-6984 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

اب. دشاب یم مهارف امش یارب ناگیار تروص هب ینابز تلایهست، دینک یم وگتفگ یسراف نابز هب رگا: هجوت 1-855-710-6984 (TTY: 711) دیریگب سامت.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ຈະມີມື້ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-710-6984 (TTY: 711).