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

KAGAWARAN NG MGA LINGKURANG PANGKALUSUGAN AT PANTAO

TANGGAPAN NG MGA KARAPATANG SIBIL (OCR)

SUMBONG HINGGIL SA KALIHIMAN NG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN

Kung kayo ay may tanong tungkol sa form na ito, tumawag sa OCR (walang-bayad ang tawag) sa: 1-800-368-1019 (anumang wika) o sa 1-800-537-7697 (TDD)

ANG INYONG PANGALAN	ANG INYONG APELYIDO
TELEPONO SA BAHAY ( )	TELEPONO SA TRABAHO ( )

ADDRESS: NUMERO AT KALYE	LUNGSOD

ESTADO	ZIP	E-MAIL ADDRESS (*kung mayroon)*

Isinasampa ba ninyo ang sumbong na ito para sa ibang tao? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung Oo, kaninong mga karapatan sa kalihiman ng impormasyong pangkalusugan ang pinaniniwalaan ninyong linabag?

PANGALAN	APELYIDO

Sino (o anong ahensya o organisasyon, e.g., provider, health plan) ang pinaniniwalaan ninyong lumabag sa mga karapatan ninyo (o ng ibang tao) sa kalihiman ng impormasyong pangkalusugan o gumawa ng ibang paglabag sa Tuntunin ng Kalihiman?

TAO/AHENSYA/ORGANISASYION

ADDRESS: NUMERO AT KALYE	LUNGSOD

ESTADO	ZIP	TELEPONO ( )

Sa paniwala ninyo, kailan naganap ang paglabag sa mga karapatan sa kalihiman ng impormasyong pangkalusugan?

ILISTA ANG (MGA) PETSA:

Magbigay ng maikling paliwanag sa nangyari. Paano at bakit, sa paniwala ninyo, linabag ang mga karapatan ninyo (o ng ibang tao) sa kalihiman ng impormasyong pangkalusugan, o linabag sa ibang paraan ang Regulasyon ng Kalihiman? Mangyaring isaad, hangga't maaari, ang pinakatiyak na detalye. *(Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan)*

Mangyaring lagdaan at petsahan ang sumbong na ito.

LAGDA	PETSA

Ang pagsasampa ng sumbong sa OCR ay kusang-loob. Ganoon pa man, kapag wala ang impormasyong hinihingi sa itaas, maaaring walang magagawa ang OCR sa inyong sumbong. Kinukolekta namin ang impormasyong ito batay sa kapangyarihan ng Tuntunin ng Kalihiman na iniutos alinsunod sa Health Insurance Portability and Accountability Act ng 1996. Gagamitin namin ang impormasyong ibibigay ninyo upang alamin kung kami ay may kapangyarihan at, kung mayroon nga, kung paano namin ipo-process ang inyong sumbong. Ang impormasyong ibinigay ninyo sa form na ito ay itinuturing na kompidensyal at pinangangalagaan ayon sa mga tadhana ng Batas ng Kalihiman ng 1974. Ang mga pangalan at ang iba pang mga impormasyon tungkol sa mga tao na nakapagpapakilala kung sino sila ay ibinubunyag kapag kailangan para sa pag-iimbestiga ng mga posibleng paglabag sa kalihiman ng impormasyong pangkalusugan, para sa palakad ng mga sistemang panloob, o para sa mga karaniwang paggamit, na kasali ang pagbubunyag ng impormasyon sa labas ng Kagawaran para sa mga kadahilanang nauugnay sa pagtupad sa kalihiman ng impormasyong pangkalusugan at alinsunod sa pinahihintulutan ng batas. Labag sa batas para sa isang nasasaklaw na entidad ang manakot, magbanta, mamuwersa, magpakita ng diskriminasyon o maghiganti laban sa inyo sa dahilang kayo ay nagsampa nitong sumbong o kayo ay may iba pang ginawa upang ipatupad ang inyong mga karapatan ayon sa Tuntunin ng Kalihiman. Hindi ninyo kinakailangang gamitin ang form na ito. Maaari rin kayong gumawa ng sulat o magsumite ng sumbong na naglalaman ng parehong impormasyon sa pamamagitan ng computer Upang magsumite ng sumbong na gamit ang computer, pumunta sa aming web site sa: **www.hhs.gov/ocr/privacyhowtofile.html**. Upang ipadala sa koreo ang sumbong, tingnan ang kabila ng pahina para sa mga Rehiyonal na address ng OCR.

(Ang nalalabing impormasyon sa form na ito ay opsyonal. Ang di-pagsagot sa mga kusang-loob na tanong na ito ay hindi makakaapekto sa desisyon ng OCR na i-process ang inyong sumbong.)

Kailangan ba ninyo ng mga espesyal na kagamitan para sa kapansanan upang kami ay maaaring makipagtalastasan sa inyo tungkol sa sumbong na ito (lagyan ng tesk ang lahat na naaangkop)?

☐ Braille ☐ Limbag sa Malalaking Titik ☐ Cassette tape ☐ Computer diskette ☐ Electronic mail ☐ TDD

☐ Tagasalin sa Sign language (*Banggitin ang wika*): ______________________

☐ Tagasalin sa Wika ng Ibang Bansa (*Banggitin ang wika*): ______________________ ☐ Iba pa: ______________________

Kung hindi namin kayo makontak nang tuwiran, mayroon bang ibang taong maaari naming kontakin na tutulong sa aming kumontak sa inyo?

PANGALAN		APELYIDO
TELEPONO SA BAHAY ( )		TELEPONO SA TRABAHO ( )
ADDRESS: NUMERO AT KALYE		LUNGSOD
ESTADO	ZIP	E-MAIL ADDRESS (*kung mayroon*)

Mayroon na ba kayong ibang pinagsampahan ng inyong sumbong? Kung oo, mangyaring ipahayag ang sumusunod. (Magkalip ng karagdagang pahina kung kinakailangan.)

TAO / AHENSYA / ORGANISASYON / HUKUMAN (MGA) PANGALAN

(MGA) PETSA NG PAGSASAMPA	(MGA) NUMERO NG KASO (*kung alam*)

Upang matulungan kaming mapaglingkuran ang taumbayan sa lalong mabisang paraan, mangyaring ipahayag ang sumusunod na impormasyon para sa taong pinaniniwalaan ninyong linabag ang mga karapatan sa kalihiman ng impormasyong pangkalusugan (kayo o ang taong kinakatawan ninyo sa pagsasampa).

LIPING ETNIKO (*pumili ng isa*)

☐ Hispanic o Latino
☐ Hindi Hispanic o Latino

LAHI (*pumili ng isa o higit pa*)

☐ American Indian o Alaska Native ☐ Asyano ☐ Native Hawaiian o Iba pang Pacific Islander
☐ Itim o African American ☐ Puti ☐ Iba pa (*banggitin*): ______________________

PANGUNAHING WIKANG GINAGAMIT (*kung hindi Ingles*)	PAANO NINYO NALAMAN ANG TUNGKOL SA OFFICE FOR CIVIL RIGHTS?

Upang ipadala sa koreo ang isang sumbong, mangyaring makinilyahin o isulat nang palimbag, at ibalik ang lubusang sinagot na sumbong sa Rehiyonal na Address ng OCR batay sa rehiyon kung saan naganap ang ipinaparatang na paglabag sa mga karapatan sa kalihiman ng impormasyong pangkalusugan.

Rehiyon I - CT, ME, MA, NH, RI, VT 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	**Rehiyon V - IL, IN, MI, MN, OH, WI** 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	**Rehiyon IX - AZ, CA, HI, NV, AS, GU, Ang Mga Kaanib Na Pacific Island na Pinamamahalaan ng U.S.** 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
Rehiyon II - NJ, NY, PR, VI 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	**Rehiyon VI - AR, LA, NM, OK, TX** 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	
Rehiyon III - DE, DC, MD, PA, VA, WV 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	**Rehiyon VII - IA, KS, MO, NE** 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	**Rehiyon X - AK, ID, OR, WA** 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
Rehiyon IV - AL, FL, GA, KY, MS, NC, SC, TN 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	**Rehiyon VIII - CO, MT, ND, SD, UT, WY** 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	

Pahayag Ukol sa Kabigatan ng Trabaho

Ang kabigatan ng trabaho ng taumbayan sa pagrereport para sa pagkolekta ng impormasyong nilalaman ng form na ito para sa sumbong ay tinantiyang humigit-kumulang na 45 minuto para sa bawat sagot, kabilang na ang panahon sa pagbabasa ng mga tagubilin, sa pagtitipon ng mga data na kailangan at sa pagpapasok at pagrerepaso ng impormasyon sa lubusang sinagot na form para sa sumbong. Ang isang ahensya ay hindi maaaring magsagawa ng o tumangkilik sa, at ang isang tao ay hindi kinakailangang sumagot sa, isang pagkolekta ng impormasyon maliban kung ito ay nagpapakita ng may-bisang control number. Ipadala ang mga puna tungkol sa tantiyang ito ng kabigatan ng trabaho o sa anumang ibang aspekto nitong pagkolekta ng impormasyon, kasama ang mga mungkahi tungkol sa pagpapagaan sa kabigatan ng trabahong ito, sa: HHS/OS Reports Clearance Officer, Office of Information Resources Management, 200 Independence Ave. S.W., Room 531H, Washington, D.C. 20201.