|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DCS-1040A-S (8-14) | ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY |  |

# FORMULARIO DE QUEJA ACERCA DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Las quejas se pueden presentar ante el Oficial Principal de Privacidad:

**Department of Child Safety**

**Privacy Office**

**3003 N. Central Ave.**

**Phoenix AZ 85012**

1. Si un representante personal firma esta queja en nombre de un cliente del Departamento de Seguridad del Menor, por favor proporcione el nombre del cliente e información acerca del representante personal en la página tres de este formulario. Si usted es un cliente del Departamento de Seguridad del Menor, por favor proporcione la información siguiente:

|  |
| --- |
| NOMBRE *(Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)* |
|       |
| DIRECCIóN *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)* |
|       |
| NúMERO DE CASO (*Opcional)* |
|       |
| DIRECCIóN ELECTRóNICA (E-MAIL ) | TELéFONO DURANTE EL DíA | TELéFONO POR LAS TARDES |
|       |       |       |
| ¿Cuál es la mejor manera de conseguirle? |
|       |
| ¿Cuáles son las mejores horas para conseguirle? |
|       |

Página 2 de 3

|  |
| --- |
| 2. Favor de describir detalladamente su queja. Sea lo más específico posible *(qué, cuándo, quién, cómo, dónde).* Puede utilizar el otro lado de este formulario si necesita más espacio. También puede incluir copias de documentos que podrían ser útiles para la investigación. |
|       |
| 3. ¿Hubo testigos? Si los hubo, favor de proporcionar sus nombres, direcciones y números de teléfono. |
|       |
| 4. Favor de describir cómo cree usted que se podría resolver su queja acerca de la privacidad. |
|       |

Página 3 de 3

5. Firma

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA | FECHA |
|  |       |
| SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE |
|       |

Si un representante personal de un cliente del Departamento de Seguridad del Menor firma esta queja en nombre de ese cliente, por favor rellene a continuación:

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE PERSONAL *(Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)* |
|       |
| DIRECCIóN DEL REPRESENTANTE PERSONAL *(Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)* |
|       |
| NúMERO DE TELéFONO DEL REPRESENTANTE PERSONAL |
|       |
| ¿Cuál es la mejor manera de conseguirle? |
|       |
| ¿Cuáles son las mejores horas para conseguirle? |
|       |

|  |
| --- |
| Relación del representante personal con el cliente: |
| [ ]  padre/madre o tutor de un niño(a) menor de edad[ ]  guardián o conservador de un individuo[ ]  poder de abogado médico durable[ ]  otro *(especifique)*        |

|  |
| --- |
| El Departamento de Seguridad del Menor le enviará un aviso escrito cuando reciba este formulario rellenado. Si hace falta más información para investigar su queja, el aviso pedirá esa información. El Departamento de Seguridad del Menor conducirá una investigación imparcial y oportuna de su queja. Efectuada la investigación, usted recibirá una respuesta escrita acerca de su queja.Usted tiene derecho a una copia de esta queja. Favor de guardar una copia para sus archivos. |

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación a Edad de 1975, y el Título II de la Ley contra Discriminación a base de Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) del año 2008, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, incapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favHRAor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Available in English on-line or at the local office.