

# إشعار بمارسات الخصوصية CountyCare

يُخبرك هذا الإشعار بكيفية إمكان استخدام معلوماتك الصحية ومشاركتها من قبل خطط التأمين الصحية لديك. يصف أيضًا كيفية الوصول إلى معلوماتك الصحية الخاصة يرجى مراجعته بعناية.

## ما هو هذا المستند؟

هذا المستند، المعنى «إشعار بمارسات الخصوصية»، يوضح لك كيف يمكن لـ CountyCare («نحن») استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية ومعلوماتك الديموغرافية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر العرق، والأصل الإثني، واللغة، أو التوجه الجنسي. كما يصف هذا الإشعار حقوقك في الوصول إلى معلوماتك ومسؤولياتها في حمايتها. يجب علينا الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية وأمنها.

## ما هي المعلومات الصحية؟

تعني «المعلومات الصحية» أي معلومات تتعلق برعايتك الصحية وتُعرف بك. تشمل الأمثلة، على سبيل المثال لا الحصر، اسمك، وتاريخ ميلادك، وتفاصيل الرعاية الصحية التي تلقيتها أو المبالغ المدفوعة مقابل رعايتك.

## لماذا يتم تزويدي بهذا؟

نحن ملزمون بموجب القانون بحماية خصوصية معلوماتك الصحية وتزويديك بمعلومات حول كيفية استخدامها لها ومشاركتها. كما يلزمنا القانون بتزويديك بهذا الإشعار. تُعزز هذه القوانين على مستوى الولاية والمستوى الفيدرالي التزامنا تجاهك بصفتك عضواً لدينا بالحفاظ بعناية على سريتك وحمايتها. وعلى الرغم من أنها ليست معلومات صحية، فإننا نطبق نفس معايير الخصوصية والحماية على معلوماتك الديموغرافية مثل العرق، والأصل الإثني، واللغة، والتوجه الجنسي.

لن نستخدم معلوماتك أو نشاركها إلا كما هو موضح هنا، ما لم تخبرنا كتابياً بأننا نستطيع ذلك. لن نستخدم معلوماتك الديموغرافية لرفض الخدمات أو التغطية أو المزايا. إذا أخبرتنا بأنه يمكننا مشاركة معلوماتك، يمكنك تغيير رأيك في أي وقت. أبلغنا كتابياً إذا غيرت رأيك.

## من يلتزم بهذا الإشعار؟

يلتزم جميع الموظفين، والمعتacدين، والاستشاريين، والموارد البشرية، والمتطوعين، وغيرهم من المتخصصين والمنظمات في مجال الرعاية الصحية الذين يعملون مع CountyCare بهذا الإشعار.

## كيف يمكننا استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية والديموغرافية

لإدارة علاج الرعاية الصحية الخاص بك. سنستخدم معلوماتك ونشرها للمساعدة في رعايتك الصحية.

**على سبيل المثال:** يرسل لنا الطبيب معلومات عن تشخيصك وخطة علاجك حتى نتمكن من ترتيب خدمات إضافية.

**على سبيل المثال:** قد نشارك معلوماتك الصحية والديموغرافية (مثل لغتك المفضلة) مع وكالة خدمات ترتب خدمات الإسكان الداعم للرعاية الصحية.

**لعمليات الرعاية الصحية.** سنستخدم معلوماتك الصحية ونشرها لمساعدتنا على أداء عملنا وتقييم مدى جودة أدائنا له. قد نتواصل معك عند الضرورة أو إذا اخترت تلقي التواصل.

**على سبيل المثال:** سنستخدم معلوماتك الصحية لتطوير خدمات أفضل لك أو للتأكد من أنك تتلقى خدمات جيدة.

**على سبيل المثال:** نقدم بيانات متعلقة بمعلوماتك الصحية إلى ولاية إلينوي لإثبات أننا نلتزم بعدها.

**دفع تكاليف خدماتك الصحية.** قد نستخدم معلوماتك الصحية ونشرها أثناء دفعنا مقابل خدماتك الصحية.

**على سبيل المثال:** نشارك معلومات عنك مع خطة الوفيات الطبية الخاصة بك لتتنسيق دفع تكاليف أدوية.

**لإدارة خطتك.** قد نشارك معلوماتك الصحية مع شركات أخرى لديها عقد مع CountyCare لإدارة الخطبة.

**على سبيل المثال:** سوف نشارك معلوماتك مع شركة نقل للتأكد من وصولك إلى مواعيده.

**مع الشركاء التجاريين.** قد تشارك معلوماتك الصحية مع شركة أخرى تسمى "شريك أعمال"، والتي تستأجرها لتقديم خدمة لنا أو نيابةً عنها. سنشارك معلوماتك فقط إذا وافق الشرك التجاري كتابياً على الحفاظ على خصوصية وأمن المعلومات الصحية والديموغرافية.

## كيف يمكننا استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية والديموغرافية بموافقتك

يمكنك اختيار كيفية استخدامنا ومشاركتنا لمعلوماتك في الحالات الموضحة أدناه. أخبرنا بما تريدهنا أن نفعله، وسنلتزم بتعليماتك. إذا لم تكن قادرًا على إبلاغنا بتفصيلك، فقد نمضي قدماً في مشاركة معلوماتك إذا اعتقدنا أن ذلك يصب في مصلحتك.

**مع الأفراد المشاركون في دفع تكاليف رعايتك.** قد تشارك معلومات صحية عنك مع أفراد عائلتك أو أصدقائك أو أي شخص آخر تخبرنا بأنه مشارك في رعايتك الصحية أو يساعد في دفع تكاليفها. لديك الحق في طلب عدم مشاركة معلوماتك مع أشخاص معينين، ولكن يجب عليك إبلاغنا بذلك. في حالة الطوارئ أو أي ظرف آخر لا يمكنك فيه إخبارنا بتفصيلك، قد تشارك بعض المعلومات مع العائلة أو الأصدقاء أو الآخرين إذا اعتقدنا أن ذلك يصب في مصلحتك.

**لمشاركة معلومات حول المزايا والخدمات والبدائل العلاجية المرتبطة بالصحة.** قد تخبرك عن خدمات صحية أو منتجات أو علاجات محتملة أو بدائل متاحة لك. قد نزورك بالمعلومات من خلال نشرة عامة، أو شخصياً، أو عن طريق منتجات أو خدمات ذات قيمة رمزية. قد تشارك معلوماتك الصحية مع شريك تجاري لمساعدتنا في هذه الأنشطة. قد تواصل معك عبر البريد الإلكتروني أو الرسائل النصية لذكراك بالمواعيد، أو لإجراء استطلاعات للأعضاء، أو لتقديم مزايا برامج العافية، أو غيرها من الاتصالات العامة ومحظى الرعاية الصحية إذا زورتنا بعنوان بريدك الإلكتروني وأرقام هاتفك المحمول. قد يتم التواصل عبر مقالمة هاتفية أو بريد إلكتروني أو رسالة نصية إذا قدمت لنا وسائل الاتصال هذه. يمكنك التواصل معنا وطلب عدم الاتصال بك تحديداً عبر أي من هذه الوسائل. لا يجوز لنا بيع معلوماتك الصحية دون موافقتك الخطية.

**مع آباء وأولياء الأمور القانونيين للطفل.** قد تناول عن معلومات صحية تتعلق بالأطفال القاصر إلى آبائهم أو أوليائهم القانونيين، ما لم يكن هذا الإفصاح محظوظاً بموجب القانون. إذا كان القاصر محرراً قانونياً، أو متزوجاً، أو حاملاً، أو والداً/والدة، فلن تشارك معلومات القاصر مع والديه أو أوليائه القانونيين دون إذن القاصر. إذا كان القاصر ينافي رعاية لحالات حساسة معينة، مثل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو حالات الصحة النفسية، أو الرعاية الإنجابية وغيرها، فلن تناول عن هذه المعلومات لأباء القاصر أو أوليائه القانونيين دون إذن، ما لم يكن ذلك مطلوباً أو مسموحاً به بموجب القانون.

**لإجراء الأبحاث.** قد نستخدم ونناول عن معلومات صحية لأغراض البحث. ومع ذلك، تخضع معظم مشاريع البحث لعملية موافقة خاصة وتنطلب إذنك إذا كان الباحث مشاركاً في رعايتك أو ستكون لديه إمكانية الوصول إلى اسمك أو عنوانك أو أي معلومات أخرى تُعرف بك. يسمح القانون بإجراء بعض الأبحاث باستخدام معلوماتك الصحية دون الحاجة إلى الحصول على تفويض منك.

## كيف يجب علينا مشاركة معلوماتك الصحية

يتعين علينا أيضًا مشاركة معلوماتك في حالات تشهد في الصالح العام أو السلامة العامة، أو إذا كانا ملزمان قانوناً بمشاركة معلوماتك. علينا استيفاء العديد من الشروط القانونية قبل أن نتمكن من مشاركة معلوماتك لهذه الأغراض.

**الصحة العامة والسلامة.** قد تشارك معلوماتك الصحية لأسباب تتعلق بالصحة العامة والسلامة.

على سبيل المثال:

- لمنع المرض أو الإصابة أو الإعاقة أو السيطرة عليها؛
- للإبلاغ عن المواليد والوفيات؛
- للإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم
- للمساعدة في الإبلاغ عن معلومات إلى إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (Food and Drug Administration, FDA) بشأن المنتجات التي تشرف عليها؛
- للإبلاغ عن التفاعلات السلبية للأدوية؛

- لإعلامك بأنك ربما تعرضت لمرض ما أو قد تكون معرضًا لخطر الإصابة بمرض أو حالة أو نقلها؛ أو
- إلى صاحب عملك في حالات محددة معينة.

**مع جهات إنفاذ القانون.** سشارك معلومات صحية عنك عندما تكون ملزًماً بذلك بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي أو بأمر من المحاكم.

على سبيل المثال:

- للرد على أمر قضائي أو مذكرة تفتيش أو استدعاء أو إجراء مماثل آخر؛
- لتحديد هوية مشتبه به أو فار أو شاهد مادي أو شخص مفقود أو تحديد مكانه؛ أو
- للحصول على معلومات عن ضحية فعلية أو مشتبه بها لجريمة.

قد نشارك معلومات مع مسؤول في إنفاذ القانون:

- إذا أعتقدنا أن الوفاة كانت نتيجة لجريمة؛
- للإبلاغ عن الجرائم التي تحدث في ممتلكاتنا؛ أو
- في حالة الطوارئ.

**كجزء من الإجراءات القانونية.** يمكننا مشاركة معلومات صحية عنك استجابةً لأمر قضائي أو مذكرة استدعاء. سشارك فقط المعلومات المذكورة في الأمر. إذا تلقينا أي طلبات قانونية أخرى، فقد نشارك معلوماتك الصحية إذا أبلغنا بذلك على علم بها ولا تتعرض على الإفصاح.

**أثناء التحقيق.** سشارك معلوماتك مع وزير وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (U.S. Department of Health and Human Services) إذا طلبها كجزء من تحقيق في انتهائكم للخصوصية. وبموجب القوانين نفسها، يجب علينا تزويده بالسجلات الخاصة بك التي تطلبها. في بعض الظروف المحددة، يسمح لنا بحجب بعض المعلومات عنك.

**الوظائف الحكومية الخاصة.** قد نشارك معلوماتك الصحية مع:

- المسؤولين الفيدراليين المخولين؛
- سلطات قيادة القوات المسلحة أو الوكالات الفيدرالية لمعرفة ما إذا كنت لائقاً للخدمة العسكرية، أو مؤهلاً للحصول على مزايا رعاية صحية للمحاربين القدامى، أو لائقاً طبياً للحصول على تصريح أمني؛
- لأغراض الاستخبارات ومكافحة التجسس وغيرها من أنشطة الأمن القومي؛ و
- لحماية رئيس الولايات المتحدة.

**الإساءة والإهمال.** قد نضطر إلى مشاركة معلوماتك للإبلاغ عن إساءة مشتبه بها، أو إهمال أو عنف أسري إلى وكالات الولاية والوكالات الفيدرالية. من المحتمل أن يتم إبلاغك بأننا نشارك هذه المعلومات مع هذه الوكالات.

**لأغراض الإغاثة في حالات الكوارث.** قد نشارك معلوماتك الصحية في حالة الإغاثة من الكوارث.

**منع تهديد خطير للسلامة.** قد نستخدم ونشارك معلوماتك الصحية لمنع أو تقليل تهديد خطير لصحتك وسلامتك أو لصحة وسلامة الآخرين.

**الأطباء الشرعيون، وفاحصو الطب الشرعي، ومديرو الجنازات.** قد نشارك معلومات صحية مع طبيب شرعي أو فاحص طبي لتحديد هوية شخص متوفى أو لمعرفة سبب الوفاة. كما قد نشارك معلومات صحية مع مديرى الجنازات إذا كانوا بحاجة إليها لاداء عملهم.

**أنشطة الإشراف الصحي.** تشرف بعض الوكالات الصحية على أنظمة الرعاية الصحية والبرامج الحكومية للتأكد من الالتزام بقوانين الحقوق المدنية. قد نشارك معلوماتك مع هذه الوكالات لهذه الأغراض.

**التبرع بالأعضاء والأنسجة.** إذا كنت متبرعاً بالأعضاء، فقد نوضح عن معلومات صحية للمنظمات المسؤولة عن الحصول على

عضو أو عين أو نسيج أو نقله أو زرعه.

**تعويضات العمال.** قد نشارك معلوماتك الصحية مع وكالات أو أفراد لامثال لقوانين تعويضات العمال أو برامج مماثلة أخرى.

## كيف نحمي استخدام معلوماتك

**كيف نحافظ على أمان معلوماتك.** نتخذ خطوات لحماية معلوماتك الصحية والديموغرافية والحفاظ على خصوصيتها. نستخدم وسائل حماية مادية والإلكترونية لحماية معلوماتك الصحية، بما في ذلك أنظمة حاسوبية آمنة، وضوابط الوصول وكلمات المرور، وسياسات الحد الأدنى الضروري واستخدام القيد للموظفين، والتدريب الإلزامي للموظفين والموردين.

## لديك الحق في الاستعانة بمحامٍ

**لديك الحق في طلب فرض قيود.** لديك الحق في أن تطلب منا تقييد الطرق التي نستخدم بها ونشارك معلوماتك الصحية لأغراض العلاج، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية. ومع ذلك، لسنا ملزمين بالموافقة على هذا الطلب. يجب علينا الموافقة على الطلب إذا كان الإفصاح لغرض تنفيذ الدفع أو عمليات الرعاية الصحية ولم يكن مطلوبًا بموجب القانون. يجب علينا أيضًا الموافقة على الطلب إذا كانت المعلومات الصحية تتعلق فقط بخدمة رعاية صحية أو بند رعاية صحية قمت أنت أو شخص آخر غيره. طة التأمين الصحي الخاصة بك بدفع قيمته بالكامل نيابةً عنك كما يمكنك أن تطلب منا تقييد المعلومات التي نستخدمها أو نشاركها مع أفراد عائلتك أو أصدقائك أو أي شخص آخر تخبرنا أنه مشارك في رعايتك أو يساعد في دفع تكاليفها.

يجب أن تصف المعلومات التي ترغب في تقييدها وأن توضح من لا ينبغي أن ينافي هذه المعلومات. يجب عليك وصف المعلومات التي ترغب في تقييدها وإبلاغنا بالجهة التي لا ينبغي أن تناهى هذه المعلومات. يجب عليك تقديم طلبك خطياً إلى CountyCare Health Plan، إلى عنابة: Compliance, 1950 W. Polk St., Suite 9217, Chicago, IL 60612. سنبلغك بما إذا كانا نوافق على طلبك أم لا. إذا وافقنا، فستتبع طلبك، ما لم تكن المعلومات مطلوبة لعلاجك في حالة طوارئ.

**لديك الحق في الحصول على نسخة من مجموعة السجلات المعينة الخاصة بك.** لديك الحق في قراءة أو الحصول على نسخة من مجموعة السجلات المعينة الخاصة بك التي نحتفظ بها عنك.

للاطلاع على هذه المعلومات والحصول على نسخ منها، يجب عليك تقديم طلب خطى. سنقدم لك نسخة أو ملخصاً من مجموعة السجلات المعينة الخاصة بك خلال 30 يوماً من تاريخ طلبك. إذا طلبت نسخة من مجموعة السجلات المعينة الخاصة بك، فقد نفرض رسوماً معقولة لتغطية تكاليف النسخ أو الإرسال بالبريد أو الأنشطة الأخرى المرتبطة بطلبك.

**لديك الحق في طلب إجراء تغييرات.** يمكنك أن تطلب منا تغيير معلوماتك الصحية أو الديموغرافية أو سجل الدفع إذا كنت تعتقد أنها غير صحيحة أو غير مكتملة. يجب عليك إرسال طلب خطى إلينا، ويجب أن تبين السبب الذي يجعلك تطلب التغيير. لسنا ملزمين بالموافقة على إجراء التغيير. إذا لم نوافق على التغيير المطلوب، فسنبلغك بالسبب كنائباً خلال 60 يوماً. يمكنك بعد ذلك إرسال طلب آخر إذا كنت لا تتوافق على قررنا. وسيتم إرفاق المعلومات التي أردت تغييرها أو تصححها.

**لديك الحق في طلب تواصل سري.** يمكنك أن تطلب منا الاتصال بك بطريقة محددة (على سبيل المثال، هاتف المنزل أو المكتب) أو إرسال البريد إلى عنوان مختلف. سننظر في جميع الطلبات المعقولة. يجب علينا الموافقة إذا أخبرتنا أنك ستكون في خطر إذا لم تتعط طلبك.

**لديك الحق في الحصول على بيان بالإفصاحات.** لديك الحق في تقديم طلب خطى للحصول على قائمة بالأوقات التي شاركت فيها معلوماتك الصحية خلال السنوات الست الماضية. ستتضمن القائمة الجهة التي تمت مشاركة المعلومات معها، وتاريخ المشاركة، والسبب. سنشمل جميع الإفصاحات، باستثناء تلك المتعلقة بالعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية أو أي إفصاح طلبت منا القيام به. سنقدم بياناً واحداً سنوياً مجاناً ولكن سنفرض رسوماً معقولة إذا طلبت بياناً آخر خلال 12 شهراً. يجب أن يحدد طلبك الخطى فترة زمنية لهذه الإفصاحات.

**لديك الحق في الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار.** لديك الحق في طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار في أي وقت. سنزودك بها على الفور.

**لديك الحق في اختيار شخص ليتصرف نيابةً عنك.** إذا كنت قد منحت شخصاً توكيلاً طيباً أو إذا كان هناك شخص هو الوصي القانوني عليك، فيمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك واتخاذ قرارات بشأن معلوماتك الصحية. إذا اخترت شخصاً ليتصرف نيابةً عنك، فيجب عليك تقديم نسخة من المستندات التي تمنح هذا الشخص السلطة للتصرف نيابةً عنك.

**معلومات الصحة الإنجابية.** لن نستخدم معلوماتك الصحية لإجراء أو مساعدة الآخرين في إجراء تحقيقات أو فرض عقوبات عليك لمجرد السعي للحصول على رعاية صحية إنجابية أو الحصول عليها أو تسهيلها إذا كانت قانونية. في الحالات التي تنتهي فيها طلبات الحصول على معلوماتك الصحية التي قد تتضمن معلومات عن الصحة الإنجابية لأغراض الرقابة الصحية أو الإجراءات القضائية أو الإدارية أو لاغراض إنفاذ القانون أو الإفصاح إلى الأطباء الشرعيين وفاحصي الوفيات، سنحصل على إقرار موقعي من مقدم الطلب يقر فيه بأن طلبه ليس لغرض محظوظ. وسيبلغهم بأن الاستخدامات أو الإفصاحات غير السليمة لمعلوماتك الصحية قد تؤدي إلى عقوبات جنائية.

**المعلومات الجينية:** لا يسمح لنا باستخدام المعلومات الجينية لتقرير ما إذا كان سمنحك تعطية أو لتحديد سعر تلك التعطية.

معلومات علاج اضطراب تعاطي المواد (Substance Use Disorder, SUD). إذا تلقينا أو احتفظنا بأي معلومات عنك من برنامج علاج اضطراب تعاطي المواد الخاضع للجزء 2 من CFR 42 (يشار إليه بـ "برنامج الجزء 2") من خلال موافقة تقدمها لذلك البرنامج لاستخدام والإفصاح عن معلومات الجزء 2 لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، فيجوز لنا استخدام والإفصاح عن معلومات الجزء 2 الخاصة بك لتلك الأغراض نفسها. وهذا يتوافق مع متطلبات قانون إخضاع التأمين الصحي لقابلية النقل والمحاسبة (Health Insurance Portability and Accountability act, HIPAA) والاستخدامات والإفصاحات الموضحة في هذا الإشعار. إذا تلقينا أو احتفظنا بمعلومات الجزء 2 الخاصة بك من خلال موافقة محددة تقدمها لنا أو لطرف ثالث آخر، فسنستخدم ونفصح عن معلومات الجزء 2 الخاصة بك فقط على النحو المسموح به من قبلك في موافقتك المقدمةلينا.

لن نستخدم أو نفصح في أي حال من الأحوال عن معلومات الجزء 2 الخاصة بك، أو عن الشهادة المتعلقة بالمعلومات الواردة في سجل برنامج الجزء 2 الخاص بك، في أي إجراءات مدنية أو جنائية أو إدارية أو تشريعية من قبل أي سلطة اتحادية أو ولائية أو محلية ضدك، مالم يكن ذلك مصراًًا به من قبلك أو بأمر من محكمة بعد أن تقدم لك إخطاراً بأمر المحكمة.

استخدام معلوماتك لأغراض التسويق الخاصة بنا. لا يجوز لنا استخدام أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية لأغراض التسويق، ما لم نحصل على إذن خطى منك.

**بيع معلوماتك.** لا يجوز لنا بيع معلوماتك الصحية، ما لم نحصل على إذن خطى منك.

## استخدامات واصحاحات أخرى، لمعنى ماتك الصحة

**المعلومات الحساسة.** بعض أنواع المعلومات الصحية حساسة للغاية وتُخضع لحماية إضافية. قد يتطلب القانون أن تحصل على إذن خطى منك لمشاركة هذه المعلومات. قد تشمل المعلومات الصحية الحساسة: الفحوصات الجينية؛ فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو تشخيصه أو علاجه؛ حالات الصحة النفسية؛ تعاطي الكحول والمواد المخدرة؛ الاعتداء الجنسي؛ أو الإخصاب في المختبر. كما يتطلب إذنك أيضًا لاستخدام ومشاركة ملاحظات العلاج النفسي.

## التغيرات على هذا الاشعار

قد نقوم بتغيير سياسات وإجراءات الخصوصية الخاصة بنا و هذا الإشعار في أي وقت، وستنطبق التغييرات على جميع المعلومات التي نحفظها عنك. إذا قمنا بتغيير هذا الإشعار، فسيتم نشر الإشعار الجديد على موقعنا الإلكتروني، وسنرسل لك نسخة بالبريد.

ماذا لو احتجت إلى الإبلاغ عن مشكلة؟

إذا لم تكن راضياً وقمت بالإبلاغ عن مشكلة، فلن نستخدم شكله أك ضدك.

إذا كنت تعتقد أن CountyCare قد انتهك حقوق الخصوصية الخاصة بك الواردة في، هذا الإشعار، فيمكنك تقديم شكوى إلى، CountyCare

أو إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. يمكنك القيام بذلك عن طريق إرسال رسالة إلى:

U.S. Department of Health and Human  
Services Office for Civil Rights  
200 Independence Ave. S.W.  
Washington, D.C. 20201

يمكنك أيضًا الاتصال على 877-696-6775، أو يمكنك زيارة <https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/> لتقديم شكوى.

يمكنك الاتصال بمكتب الامتنال المؤسسي في Cook County Health و/أو مسؤول الخصوصية في Cook County Health لمناقشة أي مخالف لديك باستخدام المعلومات أدناه:

Cook County Health & Hospitals System  
1950 W. Polk St., Suite 9217  
Chicago, IL 60612  
الهاتف: 1-877-476-1873  
compliance@cookcountyhhs.org