

# Informacja o praktykach dotyczących prywatności CountyCare

**TA INFORMACJA WYJAŚNIA, W JAKI SPOSÓB TWOJE INFORMACJE ZDROWOTNE MOGĄ BYĆ WYKORZYSTYWANE I UDOSTĘPNIANE PRZES TWÓJ PLAN ZDROWOTNY. TO RÓWNIEŻ OPISUJE, JAK MOŻESZ UZYSKAĆ DOSTĘP DO SWOICH INFORMACJI ZDROWOTNYCH. PROSIMY O UWAŻNE ZAPOZNANIE SIĘ Z NINIEJSZYM DOKUMENTEM.**

## Czym jest ten dokument?

Niniejszy dokument, zwany „Zawiadomieniem o zasadach ochrony prywatności”, informuje, w jaki sposób CountyCare („my”, „nas”) może wykorzystywać i udostępniać Twoje informacje zdrowotne oraz informacje demograficzne, w tym między innymi dane dotyczące Twojej rasy, pochodzenia etnicznego, języka lub orientacji seksualnej. Niniejsze zawiadomienie opisuje również Twoje prawa do dostępu do informacji oraz nasze obowiązki w zakresie ich ochrony. Musimy zachować prywatność i bezpieczeństwo Twoich informacji zdrowotnych.

## Czym są informacje zdrowotne?

Słowa „informacje zdrowotne” oznaczają wszelkie informacje dotyczące Twojej opieki zdrowotnej, które pozwalają Cię zidentyfikować. Przykłady obejmują, lecz nie ograniczają się do: Twojego imienia i nazwiska, daty urodzenia, szczegółów dotyczących otrzymanej opieki zdrowotnej lub kwot zapłaconych za tę opiekę.

## Dlaczego to otrzymujesz?

Prawo wymaga od nas ochrony prywatności Twoich informacji zdrowotnych oraz przekazania Ci informacji o tym, w jaki sposób je wykorzystujemy i udostępniamy. Jesteśmy również zobowiązani prawnie do przekazania Ci tego powiadomienia. Te stanowe i federalne przepisy wzmacniają nasze zobowiązanie wobec Ciebie jako naszego członka do starannego utrzymywania i ochrony poufności. Chociaż nie są to informacje zdrowotne, stosujemy te same zasady prywatności i ochrony do Twoich danych demograficznych, takich jak rasa, pochodzenie etniczne, język i orientacja seksualna.

Nie będziemy wykorzystywać ani udostępniać Twoich informacji w inny sposób niż opisany tutaj, chyba że wyrazisz na to pisemną zgodę. Twoje informacje demograficzne nie będą wykorzystywane do odmowy świadczeń, zakresu ochrony ani korzyści. Jeśli wyrazisz zgodę na udostępnienie Twoich danych, możesz ją w każdej chwili wycofać. Poinformuj nas na piśmie, jeśli zmienisz zdanie.

## Kto przestrzega tego powiadomienia?

Wszyscy pracownicy, wykonawcy, konsultanci, dostawcy usług, wolontariusze oraz inni profesjonaliści i organizacje opieki zdrowotnej współpracujący z CountyCare przestrzegają niniejszego powiadomienia.

## Jak możemy wykorzystywać i udostępniać Twoje informacje zdrowotne i demograficzne

**Zarządzanie leczeniem i opieką zdrowotną.** Będziemy wykorzystywać i udostępniać Twoje informacje w celu wsparcia Twojej opieki zdrowotnej.

**Na przykład:** Lekarz przesyła nam informacje o Twojej diagnozie i planie leczenia, abyśmy mogli zorganizować dodatkowe usługi.

**Na przykład:** Możemy udostępniać Twoje informacje zdrowotne i demograficzne (takie jak preferowany język) agencji usługowej, która organizuje wspierane usługi mieszkaniowe związane z opieką zdrowotną.

**W celach operacyjnych opieki zdrowotnej.** Będziemy wykorzystywać i udostępniać Twoje informacje zdrowotne, aby pomagały nam w wykonywaniu naszych obowiązków oraz w ocenie jakości naszej pracy. Możemy się z Tobą kontaktować w razie potrzeby lub jeśli wyraziłeś na to zgodę.

**Na przykład:** Będziemy korzystać z Twoich informacji zdrowotnych, aby opracować lepsze usługi dla Ciebie lub upewnić się, że otrzymujesz dobre usługi.

**Na przykład:** Przekazujemy dane związane z Twoimi informacjami zdrowotnymi do stanu Illinois, aby wykazać, że przestrzegamy warunków naszej umowy.

**Aby zapłacić za Twoje usługi zdrowotne.** Możemy wykorzystywać i udostępniać Twoje informacje zdrowotne w trakcie opłacania usług zdrowotnych.

**Na przykład:** Udostępniamy informacje o Tobie Twojemu planowi leków na receptę, aby skoordynować płatność za Twoje leki.

**W celu administrowania Twoim planem.** Możemy udostępniać Twoje informacje zdrowotne innym firmom, które mają umowę z CountyCare na administrowanie planem.

**Na przykład:** Udostępnimy Twoje informacje firmie transportowej, aby upewnić się, że dotrzesz na swoje wizyty.

**Z partnerami biznesowymi.** Możemy udostępnić Twoje informacje zdrowotne innej firmie, zwanej „partnerem biznesowym”, którą zatrudniamy do świadczenia usług dla nas lub w naszym imieniu. Będziemy udostępniać Twoje informacje wyłącznie wtedy, gdy podmiot współpracujący zgodzi się na piśmie zachować informacje zdrowotne i demograficzne w poufności i bezpieczeństwie.

## Jak możemy wykorzystywać lub udostępniać Twoje informacje zdrowotne i demograficzne za Twoją zgodą

Możesz zdecydować, w jaki sposób mamy wykorzystywać i udostępniać Twoje dane w opisanych poniżej sytuacjach.

Poinformuj nas, co mamy zrobić, a my postąpimy zgodnie z Twoimi instrukcjami. Jeśli nie możesz przekazać nam swoich preferencji, możemy mimo to udostępnić Twoje dane, jeśli uznamy, że leży to w Twoim najlepszym interesie.

**Osobom zaangażowanym w opłacanie Twojej opieki.** Możemy udostępniać informacje zdrowotne o Tobie członkom rodziny, przyjaciółom lub innej osobie, którą wskażesz jako zaangażowaną w Twoją opiekę zdrowotną lub pomagającą w jej finansowaniu. Masz prawo poprosić nas, abyśmy nie udostępniali Twoich informacji określonym osobom, ale musisz nas o tym poinformować. W sytuacji awaryjnej lub w innych okolicznościach, gdy nie możesz przekazać nam swoich preferencji, możemy udostępnić pewne informacje rodzinie, znajomym lub innym osobom, jeśli uznamy, że leży to w Twoim najlepszym interesie.

**Aby udostępniać informacje o świadczeniach, usługach i alternatywnych metodach leczenia związanych ze zdrowiem.** Możemy informować Cię o usługach zdrowotnych, produktach, możliwych metodach leczenia lub alternatywach dostępnych dla Ciebie. Możemy przekazywać Ci informacje poprzez ogólny biuletyn, osobiście lub za pośrednictwem produktów lub usług o niewielkiej wartości. Możemy udostępniać Twoje informacje zdrowotne podmiotowi współpracującemu w celu wsparcia nas w tych działaniach. Możemy kontaktować się z Tobą za pośrednictwem poczty elektronicznej lub wiadomości tekstowych w sprawie przypomnień o wizytach, ankiet dla członków, świadczeń programów prozdrowotnych lub innych ogólnych komunikatów i treści dotyczących opieki zdrowotnej, jeśli przekażesz nam swój adres e-mail i/lub numer telefonu komórkowego. Kontakt może odbywać się telefonicznie, e-mailem lub przez wiadomość SMS, jeśli udostępniłeś nam te formy kontaktu. Możesz zwrócić się do nas z prośbą, abyśmy nie kontaktowali się z Tobą za pośrednictwem tych metod. Nie możemy sprzedawać Twoich informacji zdrowotnych bez Twojej pisemnej zgody.

**Z rodzicami i prawnymi opiekunami osób niepełnoletnich.** Możemy ujawniać informacje zdrowotne dotyczące dzieci niepełnoletnich ich rodzicom lub prawnym opiekunom, chyba że takie ujawnienie jest zabronione przez prawo. Jeśli osoba niepełnoletnia jest usamodzielniona, zamężna/żonata, w ciąży lub sama jest rodzicem, nie udostępniemy jej informacji rodzicom ani prawnym opiekunom bez jej zgody. Jeśli osoba niepełnoletnia otrzymuje opiekę w związku z określonymi wrażliwymi schorzeniami, takimi jak HIV/AIDS, problemy zdrowia psychicznego, opieka reprodukcyjna i inne, nie ujawnimy tych informacji rodzicom ani opiekunom prawnym bez zgody, chyba że wymagają tego przepisy prawa lub na to zezwalają.

**W celu prowadzenia badań.** Możemy wykorzystywać i ujawniać Twoje informacje zdrowotne do celów badawczych. Większość projektów badawczych podlega jednak specjalnemu procesowi zatwierdzenia i wymaga Twojej zgody, jeżeli badacz będzie uczestniczył w Twojej opiece lub będzie miał dostęp do Twojego imienia i nazwiska, adresu lub innych informacji umożliwiających Twoją identyfikację. Prawo zezwala na prowadzenie niektórych badań z wykorzystaniem Twoich informacji zdrowotnych bez konieczności uzyskania Twojej zgody.

## **Jak musimy udostępniać Twoje informacje zdrowotne**

Musimy także udostępniać Twoje informacje w sytuacjach, które przyczyniają się do dobra publicznego lub bezpieczeństwa albo jeśli wymaga tego prawo. Musimy spełnić wiele wymogów prawnych, zanim będziemy mogli udostępnić Twoje informacje w tych celach.

**Zdrowie publiczne i bezpieczeństwo.** Możemy udostępniać Twoje informacje zdrowotne ze względu na zdrowie publiczne i bezpieczeństwo.

Na przykład:

- W celu zapobiegania lub kontrolowania chorób, urazów lub niepełnosprawności;
- Do zgłaszania urodzeń i zgonów;
- Zgłaszanie przypadków znęcania się nad dzieckiem lub zaniedbywania go;
- W celu pomocy w zgłaszaniu informacji do Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) dotyczących nadzorowanych przez nią produktów;
- W celu zgłaszania niepożądanych reakcji na leki;
- Aby poinformować Cię, że mogłeś zostać narażony na chorobę lub możesz być narażony na zachorowanie lub rozprzestrzenianie choroby lub schorzenia; lub
- W pewnych ograniczonych przypadkach do Twojego pracodawcy.

**Organom ścigania.** Będziemy udostępniać Twoje informacje zdrowotne, gdy będziemy do tego zobowiązani na mocy prawa federalnego, stanowego lub lokalnego albo na mocy orzeczenia sądu.

Na przykład:

- W celu odpowiedzi na nakaz sądowy, nakaz, wezwanie lub inną podobną procedurę;
- W celu zidentyfikowania lub zlokalizowania podejrzanego, zbiega, istotnego świadka, osoby zaginionej; lub
- W celu uzyskania informacji o rzeczywistej lub domniemanej ofierze przestępstwa.

Możemy udostępnić informacje funkcjonariuszowi organów ścigania:

- Jeśli uważamy, że śmierć była wynikiem przestępstwa;
- Aby zgłosić przestępstwo popełnione na terenie naszej posesji; lub
- W nagłych wypadkach.

**W ramach postępowania sądowego.** Możemy udostępnić informacje zdrowotne o Tobie w odpowiedzi na nakaz sądowy lub wezwanie do sądu. Udostępnimy tylko te informacje, które są wymienione w nakazie. Jeśli otrzymamy inne żądania prawne, możemy udostępnić Twoje informacje zdrowotne, jeśli zostaniemy poinformowani, że masz wiedzę o takim żądaniu i nie sprzeciwiasz się jego realizacji.

**Podczas dochodzenia.** Udostępnimy Twoje informacje Sekretarzowi Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych (U.S. Department of Health and Human Services), jeśli zażąda ich w ramach dochodzenia dotyczącego naruszenia prywatności. Na mocy tych samych przepisów musimy udostępnić Ci dokumentację na Twój temat, jeśli o to poprosisz. W niektórych ograniczonych przypadkach możemy odmówić ujawnienia niektórych informacji.

**Specjalne funkcje rządowe.** Możemy udostępnić Twoje informacje zdrowotne:

- Upoważnionym urzędnikom federalnym

- Organy dowodzenia sił zbrojnych lub agencje federalne w celu sprawdzenia, czy jesteś zdolny do służby wojskowej, uprawniony do świadczeń zdrowotnych dla weteranów lub medycznie zdolny do uzyskania poświadczenia bezpieczeństwa;
- Do celów wywiadu, kontrwywiadu oraz innych działań związanych z bezpieczeństwem narodowym; oraz
- W celu ochrony Prezydenta Stanów Zjednoczonych.

**Przemoc i zaniedbanie.** Możemy być zobowiązani do udostępnienia Twoich informacji w celu zgłoszenia podejrzenia nadużyć, zaniedbań lub przemocy domowej organom stanowym i federalnym. Zostaniesz prawdopodobnie poinformowany, że udostępniamy te informacje tym agencjom.

**Pomoc w sytuacjach kryzysowych.** Możemy udostępnić Twoje informacje zdrowotne w sytuacji pomocy w czasie katastrofy.

**Zapobieganie poważnemu zagrożeniu bezpieczeństwa.** Możemy wykorzystywać i udostępniać Twoje informacje zdrowotne, aby zapobiec poważnemu zagrożeniu Twojemu zdrowiu i bezpieczeństwu lub zdrowiu i bezpieczeństwu innych osób.

**Koronerzy, lekarze sądowi i zakłady pogrzebowe.** Możemy udostępnić informacje zdrowotne koronerowi lub lekarzowi sądowemu w celu identyfikacji zmarłej osoby lub ustalenia przyczyny śmierci. Możemy również udostępnić informacje zdrowotne zakładom pogrzebowym, jeśli są im potrzebne do wykonania ich obowiązków.

**Działania nadzoru zdrowotnego.** Niektóre agencje zdrowotne są odpowiedzialne za nadzorowanie systemów opieki zdrowotnej i programów rządowych lub za zapewnienie przestrzegania przepisów dotyczących praw obywatelskich. Możemy udostępniać Twoje dane tym agencjom w tym celu.

**Donacja narządów i tkanek.** Jeśli jesteś dawcą narządów, możemy udostępnić informacje zdrowotne organizacjom odpowiedzialnym za pobieranie, transport lub przeszczepianie narządów, oczu lub tkanek.

**Odszkodowanie pracownicze.** Możemy udostępniać Twoje informacje zdrowotne agencjom lub osobom fizycznym w celu przestrzegania przepisów o odszkodowaniach dla pracowników lub innych podobnych programów.

## Jak Chronimy Wykorzystanie Twoich Informacji

**Jak Chronimy Twoje Informacje.** Podejmujemy działania w celu ochrony Twoich informacji zdrowotnych i demograficznych oraz zachowania ich poufności. Stosujemy zarówno fizyczne, jak i elektroniczne zabezpieczenia w celu ochrony Twoich informacji zdrowotnych, w tym bezpieczne systemy komputerowe, kontrolę dostępu i haseł, polityki minimalnego niezbędnego dostępu i ograniczeń użytkowania dla pracowników oraz obowiązkowe szkolenia dla pracowników i dostawców.

## Twoje prawa dotyczące informacji zdrowotnych i demograficznych

**Masz prawo żądać ograniczeń.** Masz prawo poprosić nas o ograniczenie sposobów, w jakie wykorzystujemy i udostępniamy Twoje informacje zdrowotne w celu leczenia, płatności i operacji związanych z opieką zdrowotną. Nie musimy jednak wyrażać zgody na tę prośbę. Musimy zgodzić

się na wniosek, jeżeli ujawnienie dotyczy realizacji płatności lub operacji związanych z opieką zdrowotną i nie jest w inny sposób wymagane przez prawo. Musimy również wyrazić zgodę na taki wniosek, jeśli informacje zdrowotne dotyczą wyłącznie usługi lub produktu, za które Ty lub inna osoba, a nie Twój plan zdrowotny, w pełni zapłaciliście w Twoim imieniu. Możesz również poprosić nas o ograniczenie informacji, które wykorzystujemy lub udostępniamy członkom Twojej rodziny, przyjaciołom lub innym osobom, które wskażesz jako zaangażowane w Twoją opiekę lub pomagające w jej opłaceniu.

Musisz przelać swoją prośbę na piśmie, podpisaną i opatrzoną datą. Powinieneś opisać informacje, które chcesz ograniczyć, oraz wskazać, kto nie powinien ich otrzymywać. Musisz przelać pisemną prośbę do: CountyCare Health Plan, Attention: Compliance, 1950 W. Polk St., Suite 9217, Chicago, IL 60612. Poinformujemy Cię, czy zgadzamy się na Twoją prośbę.

Jeśli się zgodzimy, będziemy przestrzegać Twojej prośby, chyba że informacje będą potrzebne do leczenia Cię w nagłej sytuacji.

**Masz prawo otrzymać kopię swojego wyznaczonego zestawu dokumentacji.** Masz prawo przeczytać lub uzyskać kopię swojego wyznaczonego zbioru danych, które posiadamy na Twój temat.

Aby zapoznać się z tymi informacjami i uzyskać ich kopie, musisz złożyć pisemny wniosek. Przekażemy Ci kopię lub podsumowanie Twojego wyznaczonego zestawu dokumentacji w ciągu 30 dni od złożenia wniosku. Jeżeli poprosisz o kopię swojego wyznaczonego zestawu dokumentacji, możemy pobrać rozsądną opłatę za koszty kopiowania, wysyłki lub innych czynności związanych z realizacją wniosku.

**Masz prawo żądać wprowadzenia zmian.** Możesz poprosić nas o zmianę swoich informacji zdrowotnych, demograficznych lub dokumentacji płatniczej, jeśli uważasz, że są one nieprawidłowe lub niekompletne. Musisz przelać nam pisemny wniosek i podać powód, dla którego chcesz wprowadzić zmiany. Nie jesteśmy zobowiązani do zaakceptowania zmiany. Jeśli nie zgodzimy się na żadaną zmianę, poinformujemy Cię pisemnie w ciągu 60 dni o przyczynie odmowy. Jeżeli nie zgodzisz się z naszą decyzją, możesz złożyć kolejny wniosek. Zostanie ono dołączone do informacji, które chciałeś zmienić lub poprawić.

**Masz prawo żądać poufnej komunikacji.** Możesz poprosić nas o kontakt w określony sposób (na przykład telefon domowy lub służbowy) lub o przysyłanie korespondencji na inny adres. Rozważymy wszystkie uzasadnione prośby. Musimy się zgodzić, jeśli poinformujesz nas, że brak zastosowania się do prośby naraziłby Cię na niebezpieczeństwo.

**Masz prawo do zestawienia ujawnień.** Masz prawo złożyć pisemny wniosek o listę przypadków, w których udostępnialiśmy Twoje informacje zdrowotne w ciągu ostatnich sześciu lat. Wykaz będzie zawierać informacje o tym, komu je udostępniliśmy, kiedy i dlaczego. Uwzględnimy wszystkie ujawnienia, z wyjątkiem tych dotyczących leczenia, płatności i operacji opieki zdrowotnej lub ujawnień dokonanych na Twoją prośbę. Zapewnimy jedno bezpłatne zestawienie rocznie, ale pobierzemy rozsądną opłatę, jeśli poprosisz o kolejne w ciągu 12 miesięcy. Twój pisemny wniosek musi określać okres, którego dotyczą te ujawnienia.

**Masz prawo do papierowej kopii niniejszego zawiadomienia.** Masz prawo w każdej chwili poprosić o papierową kopię niniejszego powiadomienia. Zapewnimy Ci ją niezwłocznie.

**Masz prawo wybrać kogoś, kto będzie działał w Twoim imieniu.** Jeśli udzieliłeś komuś pełnomocnictwa medycznego lub jeśli ktoś jest Twoim prawnym opiekunem, ta osoba może korzystać z Twoich praw i podejmować decyzje dotyczące Twoich informacji zdrowotnych. Jeśli wybrałeś osobę, która ma działać w Twoim imieniu, musisz dostarczyć kopię dokumentacji potwierdzającej uprawnienia tej osoby do działania w Twoim imieniu.

**Informacje o zdrowiu reprodukcyjnym.** Nie będziemy wykorzystywać Twoich informacji zdrowotnych do prowadzenia ani wspierania innych w prowadzeniu dochodzeń lub nakładaniu kar na Ciebie wyłącznie z tytułu poszukiwania, uzyskiwania lub ułatwiania dostępu do opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, która jest zgodna z prawem. W przypadkach, gdy otrzymujemy wnioski o Twoje informacje zdrowotne, które mogą obejmować dane dotyczące zdrowia reprodukcyjnego w celu nadzoru zdrowotnego, postępowań sądowych lub administracyjnych, działań organów ścigania lub ujawnienia informacji koronerom i lekarzom sądowym, uzyskamy podpisane oświadczenie od wnioskodawcy, że jego wniosek nie dotyczy celu zabronionego. Poinformujemy ich, że niewłaściwe użycie i ujawnienie Twoich informacji zdrowotnych może skutkować karami karnymi.

**Informacje genetyczne.** Nie możemy wykorzystywać informacji genetycznych do podejmowania decyzji o przyznaniu Ci ubezpieczenia ani o jego cenie.

**Informacje dotyczące leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji (Substance Use Disorder, SUD).** Jeśli otrzymamy lub będziemy przechowywać jakiekolwiek informacje o Tobie z programu leczenia SUD, który podlega przepisom 42 CFR Część 2 (tzw. „Program Części 2”), na podstawie zgody udzielonej przez Ciebie temu Programowi na wykorzystanie i ujawnienie informacji Części 2 w celach leczenia, płatności lub operacji związanych z opieką zdrowotną, możemy wykorzystać i ujawnić Twoje informacje Części 2 w tych samych celach. Jest to zgodne z wymogami ustawy o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) oraz sposobami wykorzystania i ujawniania informacji opisanymi w niniejszym zawiadomieniu. Jeżeli otrzymamy lub będziemy przechowywać Twoje informacje zgodnie z Częścią 2 na podstawie szczególnej zgody udzielonej nam przez Ciebie lub inną stronę trzecią, będziemy wykorzystywać i ujawniać Twoje informacje zgodnie z Częścią 2 wyłącznie w zakresie dozwolonym przez Ciebie w udzielonej nam zgodzie.

W żadnym wypadku nie będziemy wykorzystywać ani ujawniać Twoich informacji zgodnie z Częścią 2 ani zeznań dotyczących informacji zawartych w dokumentacji programu Części 2 w jakimkolwiek postępowaniu cywilnym, karnym, administracyjnym lub legislacyjnym prowadzonym przez jakikolwiek organ federalny, stanowy lub lokalny przeciwko Tobie, chyba że zostanie to przez Ciebie upoważnione lub nakazane przez sąd po uprzednim powiadomieniu Cię o nakazie sądowym.

**Wykorzystanie Twoich danych do naszych działań marketingowych.** Nie możemy wykorzystywać ani ujawniać Twoich informacji zdrowotnych do celów marketingowych, chyba że otrzymamy Twoją pisemną zgodę.

**Sprzedaż Twoich informacji.** Nie możemy sprzedawać Twoich informacji zdrowotnych bez Twojej pisemnej zgody.

## **Inne sposoby wykorzystania i ujawniania Twoich informacji zdrowotnych**

**Informacje poufne.** Niektóre rodzaje informacji zdrowotnych są bardzo wrażliwe i podlegają dodatkowej ochronie. Prawo może wymagać uzyskania Twojej pisemnej zgody na ich udostępnienie. Wrażliwe informacje zdrowotne mogą obejmować badania genetyczne; testy, diagnozę lub leczenie HIV/AIDS; schorzenia psychiczne; nadużywanie alkoholu i substancji; napaść na tle seksualnym; lub zapłodnienie in vitro. Twoja zgoda jest również wymagana na wykorzystanie i udostępnienie notatek z psychoterapii.

## **Zmiany w niniejszym powiadomieniu**

Możemy w dowolnym momencie zmienić nasze zasady prywatności, procedury oraz niniejsze Powiadomienie, a zmiany będą miały zastosowanie do wszystkich informacji, które posiadamy na Twój temat. Jeśli zmienimy niniejsze Powiadomienie, nowe Powiadomienie zostanie opublikowane na naszej stronie internetowej, a jego kopia zostanie przesłana pocztą.

## **Co zrobić, jeśli chcę zgłosić problem?**

Jeśli jesteś niezadowolony i zgłosisz problem, nie użyjemy tej skargi przeciwko Tobie.

Jeżeli uważasz, że CountyCare naruszyło Twoje prawa do prywatności określone w niniejszym zawiadomieniu, możesz złożyć skargę do CountyCare lub do Biura Praw Obywatelskich Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych. Możesz to zrobić, wysyłając list na adres:

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

Możesz również zadzwonić pod numer 877-696-6775 lub odwiedzić <https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/>, aby złożyć skargę.

Możesz skontaktować się z Biurem Zgodności Korporacyjnej Cook County Health i/lub Inspektorem Ochrony Prywatności Cook County Health, aby omówić wszelkie wątpliwości, korzystając z poniższych informacji:

Cook County Health & Hospitals System  
1950 W. Polk St., Suite 9217

Chicago, IL 60612

Telefon: 1-877-476-1873

[compliance@cookcountyhhs.org](mailto:compliance@cookcountyhhs.org)