



N.º de identificación de UCare: _____

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

UCare o (*especificar*) _____
puede divulgar a:

Nombre de la persona o entidad que puede recibir la siguiente información:

<input type="checkbox"/> Mi nombre	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Evaluaciones	<input type="checkbox"/> Información de restricciones
<input type="checkbox"/> Reclamos	<input type="checkbox"/> Tratamiento por consumo de alcohol/drogas	<input type="checkbox"/> Autorización	<input type="checkbox"/> Fotografía de mí
<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Apelaciones y quejas	<input type="checkbox"/> Financiera
<input type="checkbox"/> Inscripción	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Servicio al cliente	<input type="checkbox"/> Demográfica
<input type="checkbox"/> Planes de manejo de enfermedades	<input type="checkbox"/> Revisión de la utilización	<input type="checkbox"/> Registros de proveedores	<input type="checkbox"/> Otros (especifique):
<input type="checkbox"/> Planes de atención			

- Todos los registros e información como se marcó arriba.
- Registros solo para algunas fechas o períodos: _____

El motivo de esta divulgación es:

<input type="checkbox"/> Solicitud del miembro	<input type="checkbox"/> Investigación	<input type="checkbox"/> aPara explicar Programas y servicios de UCare	<input type="checkbox"/> Comunicado de prensa
<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención	<input type="checkbox"/> Apelación/queja		<input type="checkbox"/> Otro (especificar)
<input type="checkbox"/> Manejo de enfermedades			

Esta versión durará hasta: _____
(Especifique la fecha, el evento o la condición)

Al firmar este formulario:

- Acepto que UCare puede usar y divulgar información sobre mí por las razones verificadas anteriormente.
- Tengo el derecho de cancelar este comunicado por escrito en cualquier momento.
- Entiendo y acepto que incluso si cancelo esta divulgación, es posible que la información ya se haya compartido antes de hacerlo.
- Es posible que la información usada o divulgada ya no esté protegida por la ley. También puede estar sujeto a una nueva divulgación por parte de la persona u organización que la recibe.
- Entiendo que no tengo que firmar esta divulgación.
- No firmar esta divulgación no afectará mi cobertura de salud.
- Entiendo que la información divulgada puede hacer que otros sepan que soy una persona en un programa de atención médica de Minnesota.
- Entiendo y acepto los términos de este formulario de divulgación.
- Por la presente, libero a UCare de todos y cada uno de los reclamos que surjan de o en relación con el uso de la información divulgada.

Firma de la autorización individual

Fecha

Firma del testigo (si es necesario)

Fecha

*Firma del padre, tutor o representante
autorizado (si es necesario)*

Fecha

Enviar el formulario a:

UCare PO

Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Fax 612-676-6501

Correo electrónico CLSScanReqInq@ucare.org

MSHO de UCare (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato tanto con Medicare y con el programa Medical Assistance (Medicaid) de Minnesota para proporcionarles beneficios de ambos programas a sus afiliados. La inscripción en MSHO de UCare depende de la renovación del contrato.

H2456 5119 102019

U5119B (11/2019)

Toll free 1-800-203-7225, TTY 1-800-688-2534

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

የስተውሉ፡ ካለምንም ክፍያ ይህንን ዶኩመንት የሚተረጎምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤတွဲရက်စာတမ်းအားအခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကိုခေါ်ဆိုပါ။

កំណត់សំគាល់ ។ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរសព្ទតាមលេខខាងលើ ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သုဉ်ဟ်သးဘဉ်တက့ၢ်. ဝဲန့ၢ်လိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလိလၢတၢ်ကကျိးထံဝဲဒဉ်လံာ် တီလံာ်မိတခါအံၤန့ၢ်,ကိးဘဉ် လိတဲစိနီၢ်ဂံၢ်လၢထးအံၤန့ၢ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າທາກ ທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ຟຣີ, ຈົ່ງ ໂທໂປໂຫຼ໌ໂຮງໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

CB5 (MCOs) (5-2020)

Aviso de derechos civiles

La discriminación es ilegal. UCare no discrimina por motivos de lo siguiente:

- raza
- color
- nacionalidad
- credo
- religión
- orientación sexual
- estado de asistencia pública
- edad
- discapacidad (incluso impedimentos físicos o mentales)
- sexo (incluso estereotipos de sexo e identidad de género)
- estado civil
- creencias políticas
- condición médica
- estado de salud
- recepción de servicios de atención médica
- experiencia de reclamos
- antecedentes médicos
- información genética

Ayudas y servicios auxiliares. UCare proporciona ayudas y servicios auxiliares, como intérpretes calificados e información en formatos accesibles, sin costo y de forma oportuna, para asegurar igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese con UCare** al 612-676-3200 (voz) o 1-800-203-7225 (voz), 612-676-6810 (TTY), o 1-800-688-2534 (TTY).

Servicios de asistencia de idiomas. UCare ofrece documentos traducidos e interpretación hablada, sin costo y de forma oportuna, cuando los servicios de asistencia de idiomas son necesarios para garantizar que personas con conocimientos limitados del inglés tengan acceso a nuestra información y servicios. **Comuníquese con UCare** al 612-676-3200 (voz) o 1-800-203-7225 (voz), 612-676-6810 (TTY), o 1-800-688-2534 (TTY).

Quejas de derechos civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de forma discriminatoria por parte de UCare. Puede comunicarse a cualquiera de las siguientes cuatro agencias directamente para presentar una queja por discriminación.

Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Usted tiene derecho a presentar una queja a la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes:

- raza
- color
- nacionalidad
- edad
- discapacidad
- sexo
- religión(en algunos casos)

Comuníquese a la **OCR** directamente para presentar una queja:

U.S. Department of Health and Human Services'
Office for Civil Rights
200 Independence Avenue SW
Room 515F
HHH Building
Washington, DC 20201
Centro de respuesta al cliente: Línea gratuita: 800-368-1019
TDD 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Rights, MDHR) si cree que ha sido discriminado por:

- raza
- color
- nacionalidad
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- estado de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese con **MDHR** directamente para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North
Suite 201
St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (voz)
800-657-3704 (línea gratuita)
711 o 800-627-3529 (servicio de retransmisión de MN)
651-296-9042 (fax)
Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS)

Usted tiene derecho a presentar una queja al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Services, DHS) si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica por alguno de los siguientes:

- raza
- color
- nacionalidad
- credo
- religión
- orientación sexual
- estado de asistencia pública
- edad
- discapacidad (incluso impedimentos físicos o mentales)
- sexo (incluso estereotipos de sexo e identidad de género)
- estado civil
- creencias políticas
- condición médica
- estado de salud
- recepción de servicios de atención médica
- experiencia de reclamos
- antecedentes médicos
- información genética

Las quejas se deben presentar por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que descubra la supuesta discriminación. La queja debe incluir su nombre y dirección y describir la discriminación por la que presenta la queja. Después de que recibamos su queja, la revisaremos y le avisaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si la tenemos, investigaremos su queja.

El DHS le avisará por escrito el resultado de la investigación. Usted tiene derecho a apelar el resultado si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que el DHS revise el resultado de la investigación. Sea conciso y establezca por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional si cree que es importante.

Si presenta una queja de esta forma, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no tomarán represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarlo de forma alguna por presentar una queja. Presentar una queja de esta forma no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese con el **DHS** directamente para presentar una queja por discriminación:

Coordinador de Derechos Civiles
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (voz) o use su servicio de retransmisión preferido

Aviso de queja de UCare

Usted tiene derecho a presentar una queja a UCare si cree que sufrió discriminación en nuestros programas de atención médica por:

- afección médica
- estado de salud
- recepción de servicios de atención médica
- experiencia de reclamos
- antecedentes médicos
- información genética
- discapacidad (incluso impedimentos físicos o mentales)
- estado civil
- edad
- sexo (incluso estereotipos de sexo e identidad de género)
- orientación sexual
- nacionalidad
- raza
- color
- religión
- credo
- situación de asistencia pública
- creencia política

Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a:

UCare

Attn: Appeals and Grievances

PO Box 52

Minneapolis, MN 55440-0052

Línea gratuita: 1-800-203-7225

TTY: 1-800-688-2534

Fax: 612-884-2021

Correo electrónico: cag@ucare.org