

# Formulario de quejas de privacidad

Utilice este formulario para presentar una queja acerca de las prácticas de privacidad de CarePlus y/o nuestro cumplimiento con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad o las leyes y regulaciones estatales y federales de privacidad. CarePlus no tomará represalias de ninguna manera y la presentación de una queja no influirá en su tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios.

Después que CarePlus reciba este formulario, llevaremos a cabo una investigación oportuna e imparcial de su queja y proveeremos una respuesta por escrito al completar nuestra revisión. Le pedimos que provea todos los detalles relacionados con la queja de privacidad.

Anexe detalles adicionales en una hoja separada de ser necesario:

---

---

## Complete con letra de molde la siguiente información:

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

ID del afiliado: \_\_\_\_\_ Teléfono diurno: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(\*solo si el afiliado no puede firmar)

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta: Si usted es el representante legal del afiliado, debe adjuntar copias de su autorización para representar al afiliado de acuerdo con las leyes estatales, por ejemplo, poder notarial para servicios de salud, suplencia en asuntos relacionados con servicios de salud, testamento en vida o documentos de tutela.**

Para evitar retrasos en la atención a su solicitud, verifique que todos los campos de este formulario se hayan completado adecuadamente. Si falta información, le devolveremos la solicitud para que la complete. Adjunte una hoja aparte si necesita más espacio.

Envíe este formulario a:  
Privacy Office  
P.O. Box 1438  
Louisville, KY 40202-1438

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a, o el tratamiento y el empleo en, sus programas y actividades. Para cualquier consulta sobre las políticas de no discriminación de CarePlus y/o para presentar una queja, también conocida como queja formal, favor de comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711). Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

**English:** This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.