

## **УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES) 2018**

**В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАКИМ ОБРАЗОМ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ ВАС, МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ, А ТАКЖЕ КАКИМ ОБРАЗОМ ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К УКАЗАННОЙ ИНФОРМАЦИИ.**

**ПРОСЬБА ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ЭТИМ УВЕДОМЛЕНИЕМ.**

В Клинике Кливленда, мы считаем, что Ваша медицинская информация носит личный характер. Мы ведем учет по предоставлению ухода и услуг, которые Вы получаете в наших учреждениях. Мы обязуемся соблюдать конфиденциальность Вашей медицинской информации, и по закону мы обязаны уважать Вашу конфиденциальность.

Это уведомление описывает политику конфиденциальности Клиники Кливленда и ее дочерних учреждений (КК). Это уведомление относится ко всей медицинской информации, которая идентифицирует вас, а также той помощи, которую Вы получите в учреждениях КК. Эта информация может состоять из бумажных, цифровых или электронных записей, она также может включать в себя фотографии, видео и другие электронные сообщения или записи, которые создаются во время Вашего лечения и ухода за Вами. По закону мы обязаны соблюдать конфиденциальность Вашей медицинской информации, уведомить Вас о нашей правовой ответственности и соблюдении конфиденциальности в том, что касается информации о Вашем здоровье, и сообщать Вам, если имеет место нарушение Вашей незащищенной медицинской информации. По закону мы обязаны предоставить Вам это уведомление и следовать его условиям, действующим в настоящее время.

### **СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЛИНИКИ КЛИВЛЕНДА И ДОЧЕРНИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Все наши больницы, служащие врачи, объекты, врачебные кабинеты, фонды, учреждения, программы по уходу на дому, другие услуги, а также дочерние учреждения в США следуют условиям данного уведомления. Эти больницы и их местоположение перечислены на нашем сайте, [www.clevelandclinic.org / noticeofprivacy](http://www.clevelandclinic.org/noticeofprivacy). Эту информацию также можно узнать, позвонив в Офис КК по соблюдению конфиденциальности по тел. 216.444.1709 (звонок бесплатный 800.223.2273, доб. 41709).

Врачи и другие лица в КК, *которые не являются сотрудниками КК*, передают сотрудникам КК информацию о Вас как о пациенте. В связи с уходом за Вашим здоровьем, предоставляемым Вам медицинскими работниками за пределами КК, Вам также могут быть предоставлены уведомление о порядке использования конфиденциальной информации с описанием рабочих практик медицинских работников.

Все эти больницы, врачи, органы, фонды, предприятия и сферы услуг могут передавать друг другу информацию о Вашем здоровье в связи с лечением, оплатой и процедурами по медицинскому уходу, как описано ниже.

## **УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)**

2018

### **ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ВАШИХ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ**

Когда Вы становитесь пациентом КК, мы должны использовать Вашу медицинскую информацию в КК и раскрывать информацию о Вашем здоровье за пределами КК по причинам, описанным в настоящем Уведомлении. Некоторые из способов, которые мы будем использовать и, посредством которых, мы должны раскрывать Вашу медицинскую информацию описаны в следующих категориях.

**Лечение.** Информация о Вашем здоровье используется нами для предоставления Вам медицинских услуг. Ваша медицинская информация может быть раскрыта нами врачам, медсестрам, техникам, студентам-медикам или другим лицам КК, которым потребуется информация для осуществления ухода за Вами. Например, врач, лечащий перелом ноги, должен спросить у другого врача, есть ли у Вас диабет, потому что диабет может замедлить процесс заживления ноги. Это может включать беседы с врачами и другими лицами, не являющимися нашими сотрудниками. Мы также можем раскрывать Вашу медицинскую информацию лицам за пределами КК, которые могут быть вовлечены в Ваше лечение, например, лечащим врачом, лицам, предоставляющим уход на дому, аптекам, специалистам по лекарствам или экспертам по медицинскому оборудованию, а также членам семьи.

**Оплата.** Мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию для того, чтобы счет за уход за Вашим здоровьем мог быть представлен и оплачен Вами, Вашей страховой компанией или третьим лицом. Например, мы можем предоставить информацию Вашей страховой компании об операции, которую Вам здесь сделали, и таким образом она будет оплачена или возмещена Вашим планом медицинского обслуживания. Мы можем также уведомить Вашу страховую компанию о том, какое лечение Вы будете получать, и таким образом мы сможем получить предварительное одобрение платежей или узнать, будет ли Ваше лечение оплачено Вашим планом медицинского обслуживания.

**Осуществление медицинского обслуживания.** Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и раскрывать ее за пределами КК для осуществления нашей деятельности в области здравоохранения. Использование информации и ее раскрытие помогает нам осуществлять свою деятельность в КК для поддержания ухода за пациентами и его улучшения. Например, мы можем использовать информацию о Вашем здоровье в целях оценки предоставляемой Вам помощи и оценки работы нашего персонала, осуществляющего уход за Вами. Мы также можем объединить информацию о состоянии здоровья многих пациентов для определения возможного введения новых услуг, сокращения ненужных услуг и оценки эффективности определенных методов лечения. Ваша медицинская информация может быть раскрыта нами врачам, медсестрам, техникам, студентам-медикам или другим лицам КК с целью их обучения и улучшения качества ухода за Вами. Мы можем удалить информацию, которая идентифицирует Вас, чтобы лица за пределами КК могли изучить данные о состоянии Вашего здоровья, не зная, кто Вы.

**Установление связи с Вами.** Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию для того, чтобы связаться с Вами по поводу записи на прием и по поводу других вопросов. Мы можем связаться с Вами по почте, телефону или электронной почте. Например, мы можем оставить голосовое сообщение, позвонив по номеру телефона, указанному Вами, а также отправить ответ на адрес Вашей электронной почты.

## УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

2018

**Обмен медицинской информацией.** Мы можем участвовать в некоторых обменах медицинской информацией, в которых можем, в соответствии с законом, раскрыть Вашу медицинскую информацию другим медицинским работникам или лицам, осуществляющим лечение, оплату, или в целях осуществления медицинского обслуживания. Полный список этих мероприятий можно найти на нашем сайте, [www.clevelandclinic.org / noticeofprivacy](http://www.clevelandclinic.org/noticeofprivacy). Эту информацию также можно узнать, позвонив в Офис КК по соблюдению конфиденциальности по тел. 216.444.1709 (звонок бесплатный 800.223.2273, доб. 41709).

**Организованные мероприятия по осуществлению медицинского обслуживания.** Мы можем участвовать в совместных мероприятиях с другими поставщиками медицинских услуг и органами в области здравоохранения, посредством которых мы можем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию, в соответствии с законом, для участия в совместных мероприятиях, в которые входит лечение, пересмотр решений вопросов в области медицинского обслуживания, оценка качества или улучшения деятельности, а также относительно платежных операций. Полный список этих мероприятий можно найти на нашем сайте, [www.clevelandclinic.org / noticeofprivacy](http://www.clevelandclinic.org/noticeofprivacy). Эту информацию также можно узнать, позвонив в Офис КК по соблюдению конфиденциальности по тел. 216.444.1709 (звонок бесплатный 800.223.2273, доб. 41709).

**Медицинские услуги.** Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию о Вас для того, чтобы отправлять Вам рассылки о медицинской продукции и услугах, доступных в КК.

**Благотворительная помощь.** Мы можем использовать или раскрывать определенную медицинскую информацию для связи с Вами в попытке собрать средства для поддержки деятельности КК. Вы имеете право отказаться от получения этих сообщений, и мы расскажем Вам, как их отменить.

**Справочная информация о пациентах.** Наши больницы включают ограниченную информацию о Вас в списки пациентов, например, Ваше имя и, возможно, Ваше местонахождение в больнице и общее состояние Вашего здоровья (например, хорошее, удовлетворительное, серьезное, критическое или неопределенное). Мы обычно даем эту информацию тем людям, которые делают запрос и знают Ваше имя. В этих списках мы также можем включить данные о Вашей религиозной принадлежности и предоставить эту ограниченную информацию духовенству из Вашего прихода. Мы не предоставляем эту информацию, если Вы проходите лечение от наркотической зависимости и психических расстройств. Предоставление информации о Вас в списке позволяет Вашей семье и другим лицам (например, друзьям, духовным лицам из Вашей общины и лицам, осуществляющим доставку) навещать Вас в больнице и вообще знать о Вашем состоянии. Если Вы предпочитаете, чтобы эта личная информация о Вас хранилась в тайне, Вы можете сделать запрос об этом в приемное отделение больницы, и мы не станем выдавать эту информацию.

**Медицинское исследование.** В клинике проводятся медицинские исследования. Наши клинические исследователи могут ознакомиться с Вашей медицинской картой в ходе текущего ухода за Вами или для подготовки к нему, а также для проведения исследований. Они могут поделиться информацией о Вашем здоровье с другими исследователями КК. Все исследования с участием пациентов, проводимые в КК, проходят особую предусмотренную законом процедуру проверки защиты пациентов, участвующих в исследовании, включая проверку защиты конфиденциальности. Мы не будем использовать Вашу медицинскую информацию или раскрывать

## **УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES) 2018**

ее за пределами КК в исследовательских целях, не получив Вашего предварительного письменного разрешения либо не определив, что Ваша частная жизнь защищена.

**Донорство органов и тканей.** Мы можем предоставлять информацию о состоянии здоровья доноров органов, тканей, глазных доноров и реципиентов организациям, которые управляют донорством и трансплантациями органов, тканей и глаз.

**Юридические вопросы.** Медицинская информация о Вас будет раскрываться третьим лицам за пределами КК, когда это требуется федеральным, государственным или местным законом или в судебном порядке. Мы можем выдать медицинскую информацию о Вас в целях соблюдения мер по общественному здравоохранению, таких как ведение записей о рождении, смерти, случаях жестокого обращения с детьми или невыполнения обязанностей в отношении ребенка, реакции на лекарства или проблемах с лекарственными препаратами. Мы можем выдавать медицинскую информацию, чтобы помочь регулировать распространение болезни или в целях уведомления об этом лиц, чье здоровье или безопасность может оказаться под угрозой. Мы можем раскрывать медицинскую информацию службам санитарно-эпидемиологического надзора или в целях проведения мероприятий, предусмотренных законом, например, для проведения аудитов, расследований, проверок и выдачи разрешений.

### **РАЗРЕШЕНИЕ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ДАННЫХ В ДРУГИХ ЦЕЛЯХ**

Как описано выше, Ваша медицинская информация будет использоваться нами и раскрываться третьим лицам за пределами КК в целях лечения, оплаты, деятельности в области здравоохранения и в случаях, когда это потребуется или будет разрешено законом. Мы не будем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию в *других* целях без Вашего письменного разрешения. Например, в большинстве случаев для использования и раскрытия психотерапевтических записей, использования и раскрытия информации о состоянии здоровья для определенных целей маркетинга и раскрытия информации, которые представляют собой продажу информации о состоянии здоровья, необходимо Ваше письменное разрешение. Такие виды использования и раскрытия информации о Вашем здоровье будут производиться только с Вашего письменного разрешения. Вы можете отозвать разрешение в письменной форме в любое время, но мы не можем вернуть ту информацию о Вашем здоровье, которая уже была использована или раскрыта с Вашего разрешения.

Законы штатов Огайо и Флорида требуют получения Вашего согласия на определенные виды раскрытия информации о здоровье в отношении следующих данных: эффективность или результаты тестов на ВИЧ или диагностики СПИДа или болезней, связанных со СПИДом, лечения наркозависимости или алкоголизма, которое Вы получили в рамках программы лечения или в рамках психиатрической помощи.

Согласно закону штата Флорида, согласие пациента также требуется в следующих случаях:

- Раскрытие определенной информации членам семьи
- Раскрытие определенной информации о состоянии здоровья пациента в целях ведения списков пациентов
- Раскрытие определенной информации о состоянии здоровья в целях осуществления оплаты

## **УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES) 2018**

- Раскрытие определенной информации о состоянии здоровья в целях осуществления медицинского обслуживания
- Раскрытие определенной информации о состоянии здоровья в целях навязывания услуг или маркетинга
- Раскрытие определенной информации о состоянии здоровья в целях проведения исследований
- Раскрытие определенной информации о состоянии здоровья касательно заболеваний, передаваемых половым путем
- Раскрытие определенной информации о состоянии здоровья, которая включает генетические анализы или анализ ДНК

### **ВАШИ ПРАВА, КАСАЮЩИЕСЯ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

**Право на получение доступа к учетным записям.** Вы можете запросить выписку из учетных записей, которая представляет собой список юридических или физических лиц (кроме Вас), которым КК раскрыла информацию о Вашем здоровье без Вашего письменного разрешения. Эта выписка не должна включать в себя раскрытие данных в целях лечения, оплаты, деятельности в области здравоохранения и некоторых других раскрытий данных, не ограниченных законом. Ваш запрос на получение выписки о раскрытии данных должен быть представлен в письменной форме, подписан и датирован. Он должен указывать период времени, в течение которого информация является раскрытой, а также объект КК, на котором хранятся учетные записи, требуемые Вами. Мы не будем указывать раскрытие данных, сделанное ранее чем за шесть (6) лет до Вашего запроса. В Вашем запросе должно быть указано, в какой форме Вы хотите получить список учета (например, на бумаге или в электронном виде). Вы должны подать письменный запрос в отдел медицинской документации в больнице КК или в учреждение, где хранятся записи, или в Офис соблюдения конфиденциальности по адресу: Privacy Office, DD2, Cleveland Clinic Foundation, 9500 Euclid Ave., Cleveland, Ohio 44195, США. Мы дадим Вам ответ в течение 60 дней. Мы дадим Вам первый список в течение любого 12-месячного периода бесплатно, но мы будем взимать плату за все другие запросы об отчете в течение тех же 12 месяцев.

**Право на внесение поправок.** Если Вы чувствуете, что имеющаяся у нас информация о Вашем здоровье является неверной или неполной, Вы имеете право попросить нас внести изменения в Вашу медицинскую карту. Ваш запрос о внесении поправок должен быть представлен в письменной форме, подписан и датирован. В нем Вы должны указать те данные, которые Вы хотите изменить, обозначить учреждение КК, в котором хранятся эти записи, и указать причину Вашего запроса. Вы должны отправить Ваш запрос должностному лицу Офиса соблюдения конфиденциальности в больницу КК или в учреждение, где хранятся записи, которые Вы желаете исправить, или в Офис соблюдения конфиденциальности по адресу: DD2, Cleveland Clinic Foundation, 9500 Euclid Ave., Cleveland, Ohio 44195, США. Сотрудники КК ответят Вам в течение 60 дней. Мы можем отказать Вам в Вашем запросе. В этом случае мы укажем Вам причину отказа и объясним, какие действия Вы можете предпринять.

**Право на проверку и на получение выписки.** Вы имеете право на проверку и на получение выписки из Вашей заполненной медицинской карты, кроме тех случаев, когда Ваш врач считает, что выдача такой информации сможет причинить Вам вред. Вы можете не увидеть или не получить копию данных, собранных для юридического разбирательства или определенные записи

## **УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES) 2018**

исследований во время продолжения исследования. Ваш запрос на проверку или на получение копии записей должен быть представлен в письменной форме, подписан, датирован и отправлен в отдел медицинской документации больницы КК или того учреждения, где хранятся записи. (Запросы на получение платежных документов должны быть направлены в отдел выписки счетов.) Мы можем взимать плату за рассмотрение Вашего запроса. Если Ваш запрос о проверке или о получении копии записи был отвергнут учреждением КК, Вы можете обжаловать отказ в письменном виде и отослать его в Офис КК по соблюдению конфиденциальности по следующему адресу: Privacy Office DD2, The Cleveland Clinic Foundation, 9500 Euclid Ave., Cleveland, Ohio 44195, США.

**Право на требование ограничений.** Вы имеете право потребовать от нас ограничить использование или раскрытие Вашей информации в целях лечения, осуществления платежей или деятельности, связанной с охраной здоровья, но это не значит, что мы дадим Вам согласие на это. Вы также можете попросить нас ограничить количество медицинской информации, которую мы используем или раскрываем о Вас тем, кто участвует в уходе за Вами или в его оплате, как, например, члены Вашей семьи или друзья. Опять же, мы не обязаны давать наше согласие. Запрос на ограничение должен быть подписан и датирован, и Вы должны указать больницу или учреждение КК, в котором хранится эта информация. В Вашем запросе также должна быть описана информация, выдачу которой Вы хотите ограничить. Укажите, хотите ли вы ограничить *использование* или *раскрытие* этой информации, *или и то и другое*, а также тех, кто не должен иметь доступ к этой ограниченной информации. Вы должны подать запрос в письменном виде в отдел медицинской документации в больнице КК или в учреждение, в котором хранится информация, выдачу которой Вы хотите ограничить, или в Офис соблюдения конфиденциальности: Privacy Office DD2, Cleveland Clinic Foundation, 9500 Euclid Ave., Cleveland, Ohio 44195, США. Мы дадим Вам знать, будет ли рассмотрен Ваш запрос. В случае нашего согласия, мы выполним Вашу просьбу, за исключением тех ситуаций, когда указанная информация потребуется для проведения экстренного лечения. Однако, если за какой-либо вид медицинских услуг Вы полностью берете все расходы на себя и просите нас ограничить раскрытие информации о Вас в плане медицинского страхования в рамках предоставления информации исключительно об этой услуге, мы согласимся сделать это при том условии, что раскрытие информации в плане медицинского страхования будет происходить с целью осуществления платежей операций в области здравоохранения, а также раскрытие такой информации не требуется по закону.

**Право на запрос о предоставлении информации конфиденциального характера.** Вы имеете право требовать, чтобы мы сообщали Вам о Вашем здоровье определенным образом или в определенном месте. Например, Вы можете попросить, чтобы мы связывались с Вами только на работе или по почте. Ваш запрос на получение конфиденциальной информации должен быть представлен в письменной форме, подписан и датирован. В нем должна быть указана больница или учреждение КК, сообщающее конфиденциальную информацию, а также способ и время связи с Вами. Вам не обязательно указывать причину Вашего запроса, и мы не станем спрашивать о ней. Вы должны отправить письменный запрос в отдел медицинской документации больницы КК или в учреждение, сообщающее конфиденциальную информацию, или в Офис КК по соблюдению конфиденциальности; Privacy Office DD2, The Cleveland Clinic Foundation, 9500 Euclid Ave., Cleveland, Ohio 44195, США. Мы постараемся удовлетворить все разумные просьбы.

**Право на получение бумажной копии данного уведомления.** Вы имеете право на получение печатной копии настоящего Уведомления. Вы можете попросить нас предоставить Вам копию настоящего Уведомления в любое время. Даже если Вы согласились получать это Уведомление в

## **УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES) 2018**

электронном виде, Вы по-прежнему имеете право получить бумажную копию. Вы можете получить бумажную копию этого уведомления в любом из наших учреждений или позвонив в Офис КК по соблюдению конфиденциальности по телефону 216.444.1709 (звонок бесплатный 800.223.2273, доб. 41709). Вы также можете просмотреть это Уведомление на нашем сайте: [www.clevelandclinic.org/noticeofprivacy](http://www.clevelandclinic.org/noticeofprivacy).

### **ЖАЛОБЫ**

Если Вы считаете, что Ваши права были нарушены, Вы можете подать жалобу должностному лицу в области соблюдения конфиденциальности КК или секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб США. Чтобы подать жалобу в КК, Вы должны представить Вашу жалобу в письменном виде в Офис по соблюдению конфиденциальности: Privacy Office DD2, Cleveland Clinic Foundation, 9500 Euclid Ave., Cleveland, Ohio 44195, США. К Вам не будут применены какие-либо санкции за подачу жалобы.

### **ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ**

КК может изменить содержание данного уведомления в любое время. Любое изменение в Уведомлении может касаться медицинской информации, которую мы уже имеем о Вас, а также любой информации о Вас, которую мы получим в будущем. Мы разместим копию действующего Уведомления в каждом из наших учреждений и на нашем сайте: [www.clevelandclinic.org/noticeofprivacy](http://www.clevelandclinic.org/noticeofprivacy). Дата вступления Уведомления в силу указана на первой странице в правом верхнем углу.

### **ВОПРОСЫ**

Если у Вас есть вопросы по данному Уведомлению, Вы можете позвонить в Офис КК по соблюдению конфиденциальности по тел. 216.444.1709 (звонок бесплатный 800.223.2273, доб. 41709). Текущий список учреждений КК можно найти на нашем сайте, [www.clevelandclinic.org/noticeofprivacy](http://www.clevelandclinic.org/noticeofprivacy), его также можно получить по телефону Офиса КК по соблюдению конфиденциальности по тел. 216.444.1709 (звонок бесплатный 800.223.2273, доб. 41709).



## Non-Discrimination Notice

Cleveland Clinic and its affiliated entities comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Cleveland Clinic and its affiliated entities do not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Cleveland Clinic and its affiliated entities:

- Provide free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provide free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Cleveland Clinic Global Patient Services Office at 1-833- 858-1813.

If you believe that Cleveland Clinic or one of its affiliated entities has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Cleveland Clinic Ombudsman Department  
9500 Euclid Avenue, A-50  
Cleveland, Ohio 44195  
Telephone: 1-800-223-2273  
Fax: (216) 445-6086  
Email: [ombudsman@ccf.org](mailto:ombudsman@ccf.org)

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Cleveland Clinic Ombudsman Department is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833- 858-1813.

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833- 858-1813.

**French Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-833- 858-1813.





**Chinese Languages (Mandarin & Cantonese):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-833- 858-1813.

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-833- 858-1813.

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-833- 858-1813.

**French:** ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-833- 858-1813.

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-833- 858-1813.

**Arabic:** (رقم) 833- 858-1813-1

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم هاتف الصم والبكم: 1-833- 858-1813-1.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-833- 858-1813.

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-833- 858-1813.

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-833- 858-1813 번으로 전화해 주십시오.

**Italian:** ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-833- 858-1813.

**Pennsylvania Dutch:** Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-833- 858-1813.

**Polish:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-833- 858-1813.

**Thai:** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-833- 858-1813.