

**MODULO DI RECLAMO SULLA PRIVACY
(INFORMAZIONI SU COME PRESENTARE IL
RECLAMO SULL'ALTRO LATO)**

PAZIENTE: COGNOME	NOME	INIZ. 2° NOME
N. CASO		
STRUTTURA	UNITA'	

ISTRUZIONI: **CONSEGNARE UNA COPIA DEL MODULO AL PAZIENTE!** Preparare una (1) copia per il fascicolo del paziente.

RECLAMO SULLA PRIVACY

DESCRIZIONE DEL RECLAMO (INDICARE QUALI INFORMAZIONI RITENETE CHE SIANO STATE UTILIZZATE/RIVELATE IN MODO IMPROPRIO E DA CHI):

QUALE PROVVEDIMENTO VORRESTE CHE SIA ADOTTATO?:

Io sottoscritto tramite il presente strumento presento un avviso di reclamo in relazione alle informazioni riservate sul mio conto.

(Firma del paziente)

(Firma del genitore/tutore, se richiesta)

(Nome del paziente in stampatello)

(Nome del genitore/tutore in stampatello)

(Data)

(Data)

PROVVEDIMENTO DELLA STRUTTURA:

___RECLAMO ESAMINATO IN DATA ____.

Direttore/Vicedirettore

DATA

Reclami e segnalazione di violazioni

I pazienti hanno diritto a presentare reclami in merito alla privacy e alla riservatezza delle informazioni sanitarie sul proprio conto. I pazienti possono compilare un modulo di reclamo sulla privacy (sul retro del presente modulo) e presentarlo a:

- ATC Administrator (Amministratore ATC);
- Bureau of Addictions Treatment Centers, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203; o
- OASAS Privacy Official., 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

Il reclamo verrà preso in considerazione da una persona adeguata sulla base della natura del reclamo stesso. Detta persona provvederà a compilare il modulo di risoluzione del reclamo sulla privacy. Copie saranno inviate all'OASAS Privacy Official, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

I pazienti possono anche presentare il proprio reclamo a:

Office for Civil Rights (Ufficio diritti civili)
U.S. Department of Health and Human Services,
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza--Suite 3313
New York, New York, 10278

TEL. (212) 264-3313.

FAX (212) 264-3039.

TDD (212) 264-2355

Linea diretta-voce Ufficio diritti civili (OCR) 1-800-368-1019