



INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Raza _____	Sexo: Masculino Femenino
Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo	Fue Nuestro Cliente en el Pasado: Sí No
Dirección Postal _____	
Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____ Condado _____
Teléfono Casa _____	Teléfono Celular _____
¿Podemos dejar mensaje en el teléfono de la casa? Sí No ¿Podemos dejar mensaje en el teléfono celular? Sí No	
Correo Electrónico _____	
Patrono _____	Teléfono del Trabajo _____
Dirección Patrono _____	Ciudad _____ Código Postal _____
Número Seguro Social _____	
¿Cómo supo de nosotros? _____	
¿En caso of emergencia, a quién debemos notificar?	
Nombre _____	Teléfono _____

Para clientes menores de 18 años de edad
PADRES/GUARDIANES/PERSONA RESPONSABLE

Nombre _____	Relación con el Cliente _____
Fecha de nacimiento _____	Teléfono Casa _____
Teléfono Celular _____	
Dirección (si es diferente a la de arriba) _____	
Patrono _____	Número Seguro Social _____

ESPOSO/A U OTRO PARIENTE

Nombre _____	Relación con el Cliente _____
Fecha de nacimiento _____	Teléfono Casa _____
Teléfono Celular _____	
Dirección (si es diferente a la de arriba) _____	
Patrono _____	Número Seguro Social _____
Dirección Patrono _____	Teléfono del Trabajo _____



ACUERDO FINANCIERO
Beneficios Cubierta Médica -Seguro A Terceros

Cubierta de Seguro	_____ Sí _____ No	Fecha de Inicio _____
Nombre del Subscriptor	_____	Fecha de Nacimiento _____
Patrono del Subscriptor	_____	
Compañía Aseguradora	_____	
Número de Teléfono del Proveedor de Servicios	_____	
Número de Identificación	_____	Número de Contrato _____

CCC someterá una reclamación de parte suya a su compañía aseguradora y se le permitirá un lapso de no menos de 60 días para responder. Usted acepta pagar al momento de los servicios cualquier pago del cual es usted responsable, deducibles y/o cualquier otro cargo que no sea cubierto por su compañía aseguradora, balances sin pagar y cuentas atrasadas. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, giros, y tarjetas de crédito

CCC permite más tiempo del legal y acostumbrado luego de haber reclamado el reembolso a un asegurador. Si CCC no ha recibido una respuesta dentro de los 60 días luego de someter la reclamación, se le facturara a usted por el balance adeudado. Por favor dirija las preguntas a su compañía aseguradora por los pagos no efectuados y no a CCC.

Usted concede a CCC cualquiera y todos los beneficios de salud a los cuales usted tiene derecho bajo la política de su asegurador, compensación del trabajador, u otro seguro o plan de beneficio, y autoriza , hasta donde la ley lo permite, el pago de tales beneficios directamente a CCC.

Usted es responsable por, y está de acuerdo en pagar, el costo de cualquier servicio que su plan médico determine que no está cubierto o servicios que están cubiertos pero que aplican hacia su deducible. Si usted no sabe si los servicios que se le proveerá durante su visita están cubiertos por su plan de seguro médico, favor de llamar número para servicio al cliente que se encuentra en su tarjeta de seguro. **Es su responsabilidad el determinar si los servicios proporcionados por CCC son cubiertos por su asegurador.**

En caso de que su plan requiera aprobación o referido de su médico principal o de su asegurador previo a su vista y usted no obtiene esa aprobación o referido, usted será responsable por este, y está de acuerdo en pagarlo, cualquier costo que su asegurador determine que no está cubierto bajo su cubierta de seguro y por lo cual usted puede ser responsable bajo las leyes que apliquen.

Usted será facturado por todos los balances estimados que no hayan sido pagados. A CCC o su asegurador indique que son su responsabilidad. Usted es responsable por pagar su factura en su totalidad, a menos que se haya llegado a un acuerdo de pago aprobado por CCC. Debe llamar al Departamento de Finanzas de CCC para hacer estos acuerdos. Las cuentas morosas pueden ser entregadas a una agencia de cobros, en el cual en ese momento usted es responsable de cumplir con los cargos de cobros y todas las cuotas asociadas en adición a la cantidad adeudada.

He leído y estoy de acuerdo con el Acuerdo descrito arriba y entiendo que CCC puede negarme los servicios si no me mantengo al corriente con mis pagos.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente o Garantizador

Fecha



**Acuerdo Financiero
Hoja de Trabajo para Escala de Tarifa**

Nombre del Cliente _____		Fecha Nacimiento _____	
Fecha de Verificación _____		¿Cuántos de Familia? _____	
Ingresos Devengados	_____	dia-sm-bism-mens x _____ =	_____
Ingreso Auto empleo	_____	dia-sm-bism-mens x _____ =	_____
Beneficios Seguro Social	_____	dia-sm-bism-mens x _____ =	_____
Retiro/Pensión	_____	dia-sm-bism-mens x _____ =	_____
Beneficios Veterano	_____	dia-sm-bism-mens x _____ =	_____
Manutención	_____	dia-sm-bism-mens x _____ =	_____
Estampillas de Comida	_____	dia-sm-bism-mens x _____ =	_____
Otros Ingresos	_____	dia-sm-bism-mens x _____ =	_____
TOTAL Ingreso Bruto			_____

CCC ofrece tarifas de acuerdo a su ingreso para aquellos clientes que cualifiquen. Las “tarifas de acuerdo a su ingreso” están disponibles para los clientes que pueden proporcionar los documentos requeridos para la verificación de ingreso. Usted está de acuerdo en pagar al momento de los servicios cualquier cuota, balance adeudado y cualquier cuenta morosa o atrasada. Aceptamos dinero en efectivo, cheque, giro postal y tarjetas de crédito.

En caso de que su ingreso cambie mientras está recibiendo servicios de CCC, usted debe suministrar los documentos corrientes para verificar el cambio de tarifa. Cambios en su ingreso o número de familiares pueden resultar en cambios a su tarifa por servicios. CCC le proveerá con la información correcta sobre la cantidad adeudada por los servicios, basados en el programa de tarifas.

Los servicios tendrán un límite de 13 sesiones para cualquier cliente pagando “tarifas de acuerdo a su ingreso”. Su consejero le ofrecerá opciones de consejería que cumplan con sus necesidades cuando estas limitaciones por servicios apliquen.

A usted se le facturará por el balance adeudado que CCC estime es su responsabilidad. Usted es responsable de pagar la factura en su totalidad a menos que se hayan hecho arreglos aprobados por CCC. Usted debe llamar al Departamento de Finanzas de CCC para hacer tales arreglos. Las cuentas morosas o atrasadas pueden ser entregadas a una agencia de cobros, en este momento usted se compromete a ser responsable de todos los cargos por colección y honorarios de abogados asociados, además de la cantidad adeudada.

Usted tiene el derecho a negarse a proveer cualquier información de sus ingresos y acordar pagar cualquier cuota establecida por el departamento de Consejería de CCC.

He leído y estoy de acuerdo con los Acuerdos Financieros descritos arriba y entiendo que CCC puede negarse a proveer los servicios si no mantengo vigente los pagos por servicios.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente o Garantizador

Fecha



ACUERDOS DE SERVICIOS DE CONSEJERÍA

Nuestra oficina requiere que POR LO MENOS nos notifique con 24 horas de anticipación las cancelaciones de una cita o evaluación. Favor de llamarnos para evitar que se le facture por citas no cumplidas. Los clientes matriculados en los Grupos del Manejo de la Ira, Concientización sobre la Violencia Familiar, La Escuela de John y otros servicios de grupo deben cumplir con los Acuerdos de Servicio referentes a las ausencias o perdidas de sesiones.

Los consejeros de CCC no asisten a las audiencias de corte para los clientes. Después de por lo menos tres (3) sesiones de consejería o grupos, los consejeros pueden escribir una carta para la corte sobre las sesiones con el consejero, de esta ser necesario. Si se le requiere a un consejero asistir a la corte debido a una citación judicial, CCC le facturará directamente a usted. Nuestros honorarios para comparecer ante el tribunal es de \$ 125.00 por hora, además de los gastos asociados con el viaje.

Una copia de su expediente de consejería puede ser obtenida mediante su permiso por escrito conforme con las leyes aplicables. Esta tendrá un costo de \$ 10.00.

Commonwealth Catholic Charities se atiene a todas las normas legales y de éticas establecidas por acreditación, concesión de licencias, y organizaciones profesionales. Los clientes pueden recibir una copia de todos los acuerdos escritos y firmados bajo petición.

Mi firma indica que he leído y entendido esta información, y estoy de acuerdo con estas indicaciones.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente o Garantizador

Fecha

ACUSE DE RECIBO DE LA PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE CCC

He recibido y leído el Aviso de prácticas de privacidad CCC. Entiendo que, si tengo alguna pregunta sobre los términos de las políticas de privacidad CCC, puedo preguntarle a mi consejero o comunicarme con el Oficial de Privacidad de CCC.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente o Garantizador

Fecha



INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Commonwealth Catholic Charities, proporciona cobertura de emergencia por teléfono las 24 horas, para por los clientes que están actualmente en el programa. Por favor lea cuidadosamente los siguientes procedimientos y discútalos con su consejero.

1. Si usted no ha sido visto por un consejero de Commonwealth Catholic Charities en el último mes (30 días), no se le considerará un cliente actual. Los clientes que no están asistiendo a consejería en estos momentos deben llamar a los números locales de emergencia.
2. Se le dirigirá al servicio telefónico de 24 horas de emergencia si usted está experimentando una emergencia siquiátrica que exija el contacto inmediato por teléfono con un profesional de salud mental. Esto **NO** es un teléfono de servicios de consejería, para ser utilizado para aliviar su soledad, sus preocupaciones, o para discutir situaciones que se pueden discutir en su cita durante las horas de oficina.
3. Si usted está experimentando una emergencia siquiátrica, durante nuestras horas laborables (lunes- viernes, 8:00 AM hasta 5:00 PM) favor de llamar al número de la oficina (804) 285-5900. Si usted está experimentando una emergencia siquiátrica, durante nuestras horas no laborables favor de llamar al (804) 349-5494. Este es un número para emergencias que será contestado por nuestro consejero de turno, quien le ayudará con su emergencia.
4. Para asuntos que **NO se consideran emergencia**, favor de llamar al número de la oficina de Commonwealth Catholic Charities y deje un mensaje o vuelva a llamar en horas laborales.

OTROS RECURSOS QUE PUEDE CONTACTAR EN LA COMUNIDAD EN CASO EMERGENCIA

Centros de Servicios Locales del Consejo de Salud Mental para la Intervención de Crisis:

Condado de Albemarle	434-972-4010	Condado de New Kent	804-966-2496
Charlottesville	434-972-1800	Condado de Orange	434-972-1800
Condado de Chesterfield	804-748-6356	Ciudad de Richmond	804-819-4100
Condado de Dickenson	276-926-1650	Roanoke	540-981-9351
Condado de Henrico	804-261-8484	Conéctate Roanoke	540-981-8181
Condado de Lee	276-346-3590	Condado de Scott	276-225-0976
Condado de Louisa	434-972-1800	Condado de Wise	276-523-8300

Sala Emergencia del Hospital

Departamento de la Policía Local

Llamar 911

Mi firma indica que he leído y entendido esta información; y estoy de acuerdo a seguir estas condiciones. Mi firma también da permiso al personal de Commonwealth Catholic Charities y al personal del centro de intervención de crisis de salud mental, los magistrados, los agentes policiales, el personal de la sala de urgencias del hospital, los doctores, etc. para que se contacten entre ellos referentes a una emergencia.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente o Garantizador

Fecha



CUANDO USTED ELIGE RECIBIR SERVICIOS EN COMMONWEALTH CATHOLIC CHARITIES, USTED ESTA PROTEGIDO POR LOS SIGUIENTES DERECHOS Y ESTA DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

DERECHOS DEL CLIENTE

- Tener acceso a tratamiento y servicios sin tener en cuenta su raza, nacionalidad, sexo, edad, religión o discapacidad.
- Ser informado de sus derechos y responsabilidades al recibir los servicios.
- Recibir suficiente información al momento de su evaluación para poder tomar decisiones conscientes sobre el uso de los servicios de la agencia, incluyendo expectativas, horario y normas de conducta.
- Recibir tratamiento/servicio confidencial y que la información que se obtiene de usted se mantenga confidencial dentro de los límites de la ley.
- Participar en todas las decisiones sobre el servicio que va a recibir.
- Recibir información sobre cualquier cuota, estimado o costo de los honorarios antes de recibir los servicios.
- Ser informado de cómo hacer una queja, un agravio o una apelación.
- El negarse a los servicios, a menos que sean requeridos por ley y ser informado de cualquier consecuencia que pueda enfrentar por negarse a estos.
- Revisar, copiar y requerir cualquier cambio en su registro de cliente sujeto a y conforme con las leyes estatales y federales que apliquen.
- Los Menores de edad se les proveerán servicios con el consentimiento de un padre o guardiana legal. En aquéllos casos cuando un menor de edad se considera un adulto, según el Código de Virginia, servicios de salud mental, conserjería y adopción serán proporcionadas con el consentimiento de la persona que busca estos servicios

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

- Tratar a los clientes, el personal y los voluntarios de la agencia con dignidad y respeto.
- Para participar activamente en los servicios que usted recibe, incluyendo el desarrollo de su plan de tratamiento/de servicio.
- Observar y seguir las reglas de conducta y de comportamiento del programa.
- Aceptar la responsabilidad de sus acciones u decisiones.
- Proporcionar información pertinente como base para recibir servicios y participar en las decisiones de los servicios.

SI USTED CREE QUE SUS DERECHOS HAN SIDO VIOLADOS, FAVOR DE CONTACTAR :

Directora Ejecutiva
1601 Rolling Hills Drive
Richmond, VA 23229
(804) 285-5900

Reconozco que se me han explicado mis derechos y me han proporcionado una copia de los derechos del cliente.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente o Garantizador

Fecha

COMMONWEALTH CATHOLIC CHARITIES (CCC)
Notificación sobre el Ejercicio de la Privacidad
FECHA DE VIGENCIA: 1/1/08

A. Nuestro Compromiso con Su Privacidad

Commonwealth Catholic Charities (CCC), está consciente de la importancia de mantener sus datos personales y de salud resguardados y con carácter privado, y adoptará las medidas necesarias para intentar salvaguardar todos los datos médicos y personales que nos sean provistos. Es un requisito legal que CCC le provea esta notificación. Esta notificación le informa sobre sus derechos en cuanto a la privacidad de sus datos médicos y de cómo podríamos utilizar y compartir sus datos.

La Regulación sobre la Privacidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) requiere que CCC: (i) mantenga la privacidad de los datos médicos que nos son provistos; (ii) provea una notificación de nuestros deberes legales y sobre nuestra forma de ejercer la privacidad de datos; y (iii) cumpla con los términos de nuestra Notificación vigente sobre el Ejercicio de la Privacidad.

B. Quiénes Cumplirán con los Términos de Esta Notificación

Esta notificación describe la conducta de los empleados de CCC, sus trabajadores, estudiantes, practicantes y demás personas que brindan atención directa al igual que la de los voluntarios, que puedan estar brindando servicios de oficina, a domicilio o de base comunitaria de parte de CCC. Estas personas podrán compartir información de tipo médico entre sí por motivo de tratamiento, de pagos y de la administración de los servicios de salud descritos en esta notificación.

C. Qué Tipo de Datos Recolectamos

Durante el transcurso ordinario del tratamiento en sí y de los servicios de atención de salud brindados por CCC, usted nos proveerá datos personales tales como:

- Su nombre, dirección, número telefónico, número de seguro social y fecha de nacimiento
- Datos referentes a su historia clínica y/o a la historia clínica de su familia
- Datos sobre su seguro y su cobertura
- Información sobre sus doctores, enfermeros u otros proveedores de atención médica
- Información sobre su empleo

Además, recopilaremos ciertos datos médicos sobre usted y crearemos un archivo sobre la atención que se le brinde. También pueda que otras personas u organizaciones que son parte de su “núcleo de atención médica” le brinden cierta información a CCC—tales como el médico que brinda el referido, otros doctores, su plan de salud, y amigos cercanos o miembros de su familia.

D. ¿Cómo Protegemos la Privacidad de Sus Datos Personales?

Mantener sus datos a salvo es una de nuestras preocupaciones principales. Solo le brindamos acceso a sus datos personales a aquellos que los necesitan, y mantenemos las debidas medidas para protegerlos. Por ejemplo, resguardamos el acceso a nuestros edificios y a nuestros sistemas de computación. Nuestro Oficial de Privacidad también garantiza el entrenamiento de nuestro personal en cuanto a políticas de privacidad y de seguridad.

E. Cómo Podría CCC Utilizar y Compartir sus Datos Médicos para Realizar Pagos, Proveer Tratamientos o Conducir Operativos relacionados con la Atención de su Salud.

CCC podría utilizar y divulgar información personal e identificable sobre su salud por una serie de motivos. Todos esos tipos de usos y divulgaciones de información están descritos en seguida, pero no todos los usos o divulgaciones de cada categoría han sido incluidos.

- *Divulgación Requerida:* CCC deberá divulgar información sobre su salud al Secretario de Salud y de Servicios Humanos, cuando éste lo requiera, para determinar nuestro cumplimiento con HIPAA y con usted, conforme a su derecho a tener acceso y recibir cuentas sobre las divulgaciones de la manera descrita en seguida.
- *Tratamiento:* CCC podría utilizar y compartir su información personal con los proveedores de salud para la coordinación y administración de la atención de su salud. Los proveedores incluyen: médicos, hospitales y otros proveedores de atención que le proveen servicios a usted.
- *Pago:* CCC podría utilizar y divulgar sus datos médicos para facturar por nuestros servicios y recolectar pagos de usted o de su compañía de seguro. Por ejemplo, tal vez necesitemos dar información sobre su condición de salud actual al encargado del pago para que nos pague por los servicios que le hemos brindado. También podríamos necesitar informar al responsable del pago del tratamiento que le hayan recetado, para obtener una autorización previa o para determinar si el servicio está cubierto.
- *Manejo de la Atención Médica:* CCC puede utilizar y divulgar información sobre usted para el manejo general de nuestra empresa. Por ejemplo, nosotros a veces hacemos que organizaciones de acreditación, auditores y otros consultores revisen nuestros locales, evalúen nuestros operativos, y nos digan cómo mejorar nuestros servicios. Podríamos utilizar y divulgar su información médica para revisar la calidad de los servicios que le proveemos a usted.

F. ¿De Qué Otras Maneras Utilizamos o Compartimos Su Información?

Podríamos también utilizar o compartir su información por los siguientes motivos:

- *Vigilancia de la Atención Médica y Cumplimiento de la Ley:* Para cumplir con las agencias federales y estatales de vigilancia. Éstos podrían incluir su departamento de seguro estatal o el Departamento de Trabajo.
- *Actuaciones Legales:* Cumplir con una orden judicial o algún otro proceso legal.

- *Patrocinadores del Plan:* Permitir al patrocinador de su plan de salud brindarle mantenimiento a sus beneficios. Por favor lea los documentos de su plan para mayor información.
- *Investigación:* A los investigadores cuando se haya cumplido con todas las medidas requeridas por ley, para proteger la privacidad de datos.
- *Otras Personas Involucrados en La Atención de su Salud:* Podríamos compartir cierta información personal con un pariente, tal como su cónyuge, amigo cercano, u otras personas que usted haya identificado como personas involucradas en su atención médica o con el pago de su atención médica. Podríamos también utilizar y divulgar datos sobre su salud para apoyar esfuerzos de alivio y para notificar a las personas responsables por la atención médica del cliente sobre el paradero del cliente, su condición general o su fallecimiento.
- *Representantes Personales:* CCC puede compartir información personal con aquellos que tengan un tipo de relación con usted que les de el derecho de representarlo. Por ejemplo, los padres de un menor de edad no emancipado o aquellos que tengan en su haber un Poder Legal.
- *Socios:* A veces, CCC trabaja con personas y negocios de afuera que nos ayudan a manejar nuestra empresa de manera eficiente. Podríamos divulgar sus datos médicos a dichos socios para que puedan realizar las tareas para las cuales los contratamos. Nuestros socios deben respetar el carácter confidencial de sus datos médicos personales e identificables.
- *Recordatorios de Citas:* CCC podría utilizar y divulgar información médica para contactarlo con el fin de recordarle alguna cita o para que fije una cita.
- *Alternativas de Tratamiento:* CCC podría utilizar y divulgar su información de salud personal para hablarle de, o recomendarle posibles opciones de tratamiento, alternativas o servicios relacionados con su salud que le puedan ser de interés.
- *Recaudación de Fondos:* CCC podría utilizar la información confidencial sobre su salud para comunicarse con usted al realizar esfuerzos para recaudar fondos para nuestros operativos.
- *Otras Situaciones:* CCC podría compartir información personal en ciertas situaciones de interés público. Algunos ejemplos incluyen la protección de víctimas de abuso o negligencia; la prevención de una amenaza grave a la salud o a la seguridad; rastrear enfermedades o artefactos médicos; o informar al ejército o autoridades de veteranos si usted es un miembro de las fuerzas armadas. Podríamos también compartir su información con médicos forenses; para compensación laboral; por seguridad nacional; y según sea requerido por ley.

G. Otros Usos y Divulgaciones de Información Personal

Se requiere que usted le entregue a CCC una autorización por escrito para cualquier otro uso o divulgación de información médica identificable de manera individual, no mencionado anteriormente. Si usted nos provee con dicho permiso, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, CCC no utilizará ni divulgará más la información personal sobre usted por los motivos contenidos en su autorización escrita, excepto en caso de haber contado ya con su permiso.

H. Sus Derechos con Respecto a su Información Médica

- *Solicitando Restricciones:* Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre la forma en que utilizamos y divulgamos los datos sobre su salud para tratamientos, pagos y propósitos del manejo de la atención médica. Usted también podría solicitar que sólo divulguemos sus datos a aquellas personas que contribuyen con la atención de su salud o con el pago de la misma. CCC tomará en cuenta su pedido, pero no estará obligado a aceptarlo.
- *Comunicación Confidencial:* Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros le enviemos aquellos comunicados que contengan sus datos confidenciales de salud mediante otros medios o a otras direcciones. Por ejemplo, usted podrá solicitar que sólo lo contactemos en su casa o por correo.
- *Acceso y Copias:* Excepto bajo ciertas circunstancias, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar sus fichas médicas, de facturación o archivos utilizados para tomar decisiones sobre usted. Si usted llegara a solicitar dichas copias, podríamos cobrarle por las copias y por el envío.
- *Enmiendas:* Si usted piensa que la información de su archivo está incorrecta o incompleta, usted tiene el derecho de pedirnos que corrijamos la información existente o que agreguemos la información que falta. Bajo ciertas circunstancias, podríamos negar su pedido, como por ejemplo, cuando la información está correcta y completa. Usted puede mandar una declaración de desacuerdo.
- *Divulgaciones de Contabilidad:* Usted tiene el derecho de recibir una lista de las instancias en que hemos utilizado o divulgado sus datos médicos. No estamos obligados a incluir en la lista los usos y divulgaciones para tratamientos, pagos por los servicios que le hemos brindado, u operativos de la atención de la salud; las divulgaciones para usted; las divulgaciones que usted nos autoriza a hacer; y los usos y divulgaciones de antes del 20 de agosto, 2007, entre otras. Si usted nos pide esos datos más de una vez en un período de doce meses, podríamos cobrarle.
- *Además:* Usted tiene el derecho de obtener una copia de esta notificación por escrito y puede solicitar una copia en cualquier momento. Usted también puede obtener una copia de este formulario en nuestra página web (www.cccofva.org).

I. Cambios a Esta Notificación

Es posible que esta notificación sea actualizada de vez en cuando. Los cambios a esta notificación procederán con respecto a datos que ya tenemos sobre usted al igual que los datos que podamos recibir o crear en el futuro. Nuestra notificación actual se encuentra publicada en www.cccofva.org. Usted puede solicitar una copia en cualquier momento.

J. Para Presentar una Queja o Recibir Más Información

Si a usted le preocupa que su derecho de privacidad haya sido violado, o está en desacuerdo con alguna decisión que hayamos tomado sobre el acceso a sus archivos,

usted puede comunicarse con nuestra Oficina de Privacidad de “Commonwealth Catholic Charities,” ubicada en el 1601 Rolling Hills Drive, Richmond, VA 23229.

También puede presentar una queja con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU ubicado en el 200 Independence Avenue SW, Washington, D.C. 20201; email: OCRMail@hhs.gov; 877-696-6775.

No se le sancionará, ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

Para obtener mayor información sobre esta notificación, puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad de “Commonwealth Catholic Charities,” ubicado en el 1601 Rolling Hills Drive, Richmond, VA 23229.