

¿Necesita que le ayuden a llenar el formulario?

Llame gratis al 1-844-882-7889 o marque 711 (TTY, para personas con problemas auditivos) para obtener ayuda si necesita:

- Un intérprete (servicio gratuito);
- Este formulario en inglés, ruso, vietnamita, chino simplificado o somalí;
- Este formulario en letra grande, audio, braille u otro formato;
- Respuestas a sus preguntas sobre el formulario.

¿Quiere reportar discriminación en uno de los programas de la Autoridad de Salud de Oregon? De ser así, llene este formulario importante.

Llene este formulario para reportar discriminación en base a cualquiera de los factores siguientes:

- Orientación sexual;
- Identidad sexual;
- Raza;
- Color;
- Procedencia nacional;
- Nivel de inglés limitado;
- Religión;
- Discapacidad;
- Edad;
- Sexo;
- Embarazo;
- Acoso sexual;
- Estado civil;
- Represalia por haber presentado un reporte de discriminación o
- Cualquier otra circunstancia amparada por la ley (obtenga más información de las Reglas Administrativas de Oregon 943-005-0000 a 943-005-0070).

La Oficina de Equidad e Inclusión (Office of Equity and Inclusion u OEI) de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) revisará la información en este formulario detenidamente.

Usted recibirá una carta nuestra a los siete días como máximo después de que hayamos recibido el formulario. En la carta se indicará que recibimos su reporte de discriminación y si la OEI tiene la autoridad para hacer algo al respecto.

Si la OEI no tiene dicha autoridad, le diremos qué oficina sí la tiene.

Quizá necesitemos de permiso para poder utilizar su nombre durante las investigaciones. Sírvase leer, firmar y entregar junto con su Reporte de Discriminación la Autorización de la OHA para el Uso y la Divulgación de Información. (Hallará dicha autorización más adelante en el presente documento).

La OHA tiene por política no amedrentar, amenazar, coaccionar ni discriminar a las personas que presentan un reporte por discriminación ni tomar represalias en su contra.

TOMAR NOTA:

La presentación de un Reporte de Discriminación no es lo mismo que pedir una apelación o una audiencia si se recibe un Aviso de Acción que deniega servicios médicos. Este Reporte de Discriminación no está relacionado con el Aviso de Acción ni con el Aviso de Resolución de Apelación.

Si usted recibe un Aviso de Acción en el que se le deniegan los servicios médicos que usted solicitó, puede pedir a su CCO o plan médico una apelación, o bien pedir una audiencia a la OHA, o ambos. Deberá enviar su Solicitud de Audiencia dentro de los **45 días** a partir de la "fecha de aviso".

Para obtener más información sobre apelaciones o audiencias, vea en la hoja 4 Sugerencias para Clientes del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan Client Tip) titulada Apelaciones y Sugerencias (Appeals and Hearings) en <https://apps.state.or.us/Forms/Served/he9040d.pdf>. Asimismo, puede comunicarse con la Unidad de Atención al Cliente del Plan de Salud de Oregon al 1-800-273-0557 o al 711 (TTY, para personas con problemas auditivos).

Información sobre el Reporte de Discriminación

Escriba en letra imprenta o a máquina — de ser necesario, adjunte páginas adicionales.

Fecha: _____

1A. _____
Nombre de la persona que fue objeto de la supuesta discriminación

Dirección Ciudad Estado Código postal

Tel. domicilio / celular Tel. trabajo Otro

Fecha de nacimiento OHP # (de ser pertinente) Idioma que prefiere

¿De qué manera desea que nos comuniquemos con usted? Por teléfono Por correo electrónico Otro

La mejor hora para comunicarnos con usted: _____ (día/hora)

¿Nos permite contactarle por correo electrónico? Sí No Correo electrónico: _____

Si está preparando el presente reporte de discriminación a nombre de otra persona, proporcione la información a continuación:

1B. _____
Nombre de la persona que llena el presente formulario por la persona que fue objeto de la supuesta discriminación

Dirección Ciudad Estado Código postal

Tel. domicilio / celular Tel. trabajo Otro

Idioma que prefiere

¿De qué manera desea que nos comuniquemos con usted? Por teléfono Por correo electrónico
 Otro

La mejor hora para comunicarnos con usted: _____ (día/hora)

¿Nos permite contactarle por correo electrónico? Sí No Correo electrónico: _____

2. Proporcione información sobre la persona, el grupo, la agencia o la oficina que usted considera discriminó.

Nombre(s) _____ Núm. de teléfono (si lo sabe) _____

Nombre o ubicación del edificio o instalaciones de la agencia o departamento _____

Fecha(s) más reciente(s) en que se produjo la supuesta discriminación _____

¿La supuesta discriminación ocurrió hace más de 180 días? Sí No
De ser así, indique por qué presenta el Reporte de Discriminación ahora:

3. ¿Le denegaron acceso a las instalaciones o al edificio? Sí No

Nombre del edificio o instalaciones _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

4. ¿Le denegaron acceso a algún programa, servicio o actividad o le impidieron participar en ellos? Sí No

De ser así, proporcione la información a continuación:

Nombre del programa _____

Fecha _____ Hora _____

5. Díganos qué sucedió. Sírvase incluir la información a continuación:

- Una lista de todas las personas involucradas, incluidos los nombres, apellidos y los cargos, si los sabe;
- Las palabras exactas o las acciones de las personas involucradas;
- Fecha(s);
- Hora(s);
- Información de contacto, de saberla, de cada persona.

6. Testigos:

Indique el nombre y apellido y la información de contacto de cada una de las personas que puedan haber visto o escuchado la supuesta discriminación. Proporcione el máximo de información como le sea posible.

7. ¿Intentó usted resolver el problema o lo reportó a alguien?

De ser así, ¿a quién se lo reportó? ¿Qué sucedió?

8. ¿Qué le gustaría a usted que sucediese con el presente reporte?

9. ¿Considera usted que su circunstancia amparada por la ley fue el motivo de la discriminación?

Sí No

De ser así, marque todas las casillas que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Religión |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Acoso sexual |
| <input type="checkbox"/> Estado civil | <input type="checkbox"/> Represalia por haber presentado un Reporte de Discriminación |
| <input type="checkbox"/> Procedencia nacional | <input type="checkbox"/> Nivel de inglés limitado |
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Identidad sexual |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

TOMAR NOTA: Si su circunstancia amparada (en la lista precedente) no es el motivo de su reporte de discriminación, enviaremos su reporte a la oficina correspondiente.

El presente formulario fue llenado por:

La persona que fue objeto de la supuesta discriminación

Abogado/representante/defensor

Un empleado de la OHA: _____

Otro (indicar): _____

La información del presente formulario fue recopilada:

Por teléfono En persona Por correo electrónico Por fax

Otro (*indicar*): _____

Adjunte cualquier otro tipo de información que se relacione con su Reporte de Discriminación.

ENVÍE EL PRESENTE REPORTE A:

**OHA Office of Equity and Inclusion
Diversity, Inclusion and Civil Rights Manager**
421 S.W. Oak St., Suite 750, Portland OR 97204
Por fax al 971-673-1330 o por correo electrónico a OHA.PublicCivilRights@state.or.us
Número gratuito: 1-844-882-7889 (voz) o 711 (TTY)

Por otra parte, podría tener el derecho de presentar una queja ante una de las agencias siguientes dentro de los 180 días de haberse producido la supuesta discriminación:

**U.S. Department of Justice Civil Rights Division
(División de Derechos Civiles del Departamento de Justicia de EE.UU.)**
950 Pennsylvania Ave., N.W., Washington, D.C. 20530
www.justice.gov/crt/complaint/
1-888-736-5551 (voz) o 202-514-0716 (TTY)

Michael Leoz, gerente regional
Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Centro de Atención al Cliente: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TDD (dispositivo de telecomunicaciones para sordos): (800)-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Quizá tenga el derecho de presentar una queja dentro de los doce meses posteriores a la supuesta discriminación ante:

**Oregon Bureau Of Labor and Industries (BOLI)
(Oficina de Trabajo e Industrias de Oregon)**
800 N.E. Oregon St., Suite 1045, Portland, OR 97232
www.oregon.gov/boli/CRD/Pages/C_Crcompl.aspx
971-673-0764 (voz) o 711 (TTY)

Formulario disponible en diferentes formatos: Braille, letra grande, disquete de computadora y presentación oral.

Apellido legal del cliente/solicitante	Primer nombre	ISN	Fecha de nacimiento
Otros nombres usados por el cliente/solicitante			Nº de ID del caso

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente tenedor de registro a divulgar la siguiente información confidencial y específica sobre mí:

Sección A	Divulgar desde un tenedor de registro – (individuo, escuela, empleador, agencia, o proveedor médico u otro)	Información específica a ser divulgada	Intercambio mutuo: Sí / No
	Si la información contiene algunos de los siguientes tipos de datos o información, puede estar sujeta a otras leyes sobre su uso y divulgación. Entiendo que esta información sólo se divulgará si pongo mis iniciales en el espacio que se encuentra junto a la información: VIH/SIDA: _____ Salud mental: _____ Análisis genético: _____ Alcohol/Drogas diagnóstico, tratamiento, derivación: _____		

Sección B	Divulgar a (dirección requerida si se envía por correo) Si se divulga a un equipo, indicar los miembros.	Propósito	Fecha o evento de expiración*
	<p>* Autorización válida por un año desde la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario.</p> <p>Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Esto no afectará la información ya divulgada. Entiendo que hay leyes estatales y federales que protegen la información sobre mi caso. Entiendo el significado de este acuerdo y autorizo las divulgaciones indicadas. Firmo esta autorización por mi propia voluntad.</p> <p>Entiendo que la información usada y divulgada según esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estará protegida por leyes federales ni estatales. También entiendo que la ley federal o estatal prohíbe la redivulgación de información relacionada con VIH/SIDA, salud mental, y diagnóstico, tratamiento, rehabilitación vocacional y derivaciones referentes a alcoholismo y drogadicción, sin autorización específica.</p>		

Sección C	Firma legal completa del individuo O del representante personal autorizado	Relación con el cliente	Fecha	
	Nombre del empleado de la agencia (letra de molde)	Nombre/localidad de la agencia demandante	Fecha	
	Firma legal completa del empleado de la agencia que hace las copias		Esta es una copia fiel del documento de autorización original.	
	Nombre del empleado de la agencia en letra de molde			

Información que se requiere del cliente

Para proveer o pagar servicios de salud: Si el Departamento de Servicios Humanos (DHS) o la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) es el **proveedor** de sus servicios de atención de salud o paga dichos servicios a través del Plan de Salud de Oregon o del Programa Medicaid, usted puede decidir no firmar este formulario. Esto **no** afectará negativamente su elegibilidad para recibir servicios de salud, *a menos que* estos servicios sólo tengan como fin proveer información de salud a alguna otra persona y que la autorización sea necesaria para realizar dicha divulgación. (Ejemplos de esto serían exámenes, análisis o evaluaciones.) Su decisión de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradores privados u otras agencias no gubernamentales.

Esta autorización para uso y divulgación de información **también puede ser necesaria** para determinar:

- si usted es elegible para algunos programas médicos que pagan la atención de su salud
- si usted es elegible para otro programa o servicio de DHS u OHA que no provea atención de la salud

Este formulario es voluntario. DHS u OHA no puede exigir la firma de esta autorización como requisito para la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención de salud pagados con fondos públicos, excepto en los casos antes detallados. Sin embargo, si usted se niega a firmarla, debe recibir información precisa sobre el efecto negativo que su decisión puede tener para la determinación de su elegibilidad o la coordinación de sus servicios. Si usted decide no firmar, puede ser derivado a un servicio único que pueda ayudarlo a usted y a su familia sin intercambio de información.

Uso de este formulario

1. **Términos usados: Intercambio mutuo:** Un "sí" permite que la información vaya y vuelva entre el tenedor del registro y las personas o programas indicados en la autorización. **Equipo:** Grupo de individuos o agencias que normalmente trabajan juntos. Los miembros del equipo se deben identificar en este formulario.
2. **Asistencia:** Siempre que sea posible, un empleado de DHS u OHA debe llenar este formulario con usted. **No firme el formulario si no lo entiende.** No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que éste permite. Puede poner una marca en lugar de firmar o pedir a una persona **autorizada** que firme en su nombre.
3. **Tutela/custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como por ejemplo un tutor, se debe adjuntar una copia de los documentos legales que verifiquen la autoridad del representante para firmar la autorización. Del mismo modo, si una agencia tiene custodia y firma su representante, se debe adjuntar su autoridad de custodia a este formulario.
4. **Cancelación:** Si quiere cancelar esta autorización en el futuro, hable con el empleado de DHS u OHA a cargo de su caso. Usted puede quitar miembros de un equipo del formulario. Se le pedirá que solicite la cancelación por escrito. Excepción: Los reglamentos federales no requieren que la cancelación sea por escrito para los programas de drogas y alcohol. Una vez cancelada la autorización, no se podrá divulgar ni solicitar más información. DHS u OHA puede seguir usando la información obtenida antes de la cancelación.
5. **Menores:** Si usted es menor, puede autorizar la divulgación de información de salud mental o de abuso de drogas ilegales si tiene 14 años o más; para divulgar datos sobre enfermedades transmitidas sexualmente o sobre control de natalidad no importa la edad; para la divulgación de información médica general debe tener 15 años o más.
6. **Atención especial:** Atención especial: Para información referente a **VIH/SIDA, salud mental, análisis genéticos o tratamiento por abuso de drogas/alcohol**, la autorización debe identificar claramente la información específica que se podrá divulgar y el propósito de tal divulgación.

Redivulgación: Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) prohíben redivulgar la información sobre alcohol y drogas; la ley estatal prohíbe redivulgar información sobre VIH/SIDA (ORS 433.045, OAR 333-12-0270); y la ley estatal prohíbe redivulgar datos sobre salud mental, tratamiento por abuso de drogas ilegales, rehabilitación vocacional y tratamiento para discapacidades de desarrollo provenientes de programas pagados con fondos públicos (ORS 179.505, ORS 344.600) sin autorización escrita específica.

Aviso: Los servicios y programas de salud de Oregon fueron transferidos del Departamento de Servicios Humanos a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA). DHS continuará determinando la elegibilidad para muchos de los programas de salud como así también otros programas administrados por DHS.