

PRIVACY COMPLAINT BY A PARENT, GUARDIAN, OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE
HBEX 406S SPANISH VERSION (8/15)



**Formulario de Queja de Privacidad
por un Padre, Tutor o Representante Autorizado**

Usted tiene el derecho, como representante autorizado del consumidor, a presentar una queja de privacidad a Covered California en nombre del consumidor. Este Formulario de Quejas de Privacidad se va a utilizar para informar sobre problemas relacionados con la privacidad del consumidor. Covered California puede tener que compartir esta información con entidades externas con el fin de investigar y resolver la queja. Cualquier persona puede presentar una queja. Para presentar esta solicitud, por favor complete todos los elementos necesarios y envíe por correo el formulario completo y todos los documentos pertinentes a la siguiente dirección:

Privacy Officer
1601 Exposition Blvd.
Sacramento, CA 95815

Información del Consumidor

(Tal como aparece en la cuenta de Covered California)

Apellido:	Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Caso o Cuenta de Covered California:	Fecha de Nacimiento:	

Información del Padre, Tutor o Representante Autorizado

Apellido:	Nombre:	Inicial de Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de teléfono durante el día: <i>(requerido)</i>	Dirección de Correo Electrónico:	

¿Qué autoridad legal tiene usted para actuar en nombre del consumidor?

(Por favor, adjunte documentación legal.)

Padre	Curador	Albacea
Tutor	Agente de Salud	Poder Legal
Otra		

Adjunte Copia de la Información de Identificación del Representante. <i>(Si no adjunta ningún documento de identificación, su firma debe ser notariada.)</i>	
Licencia de Conducir	Tarjeta de Identificación Estatal
Tarjeta de Identificación Federal	Notario Público
Fecha de Notaría:	NO OFICIAL SI NO TIENE SELLO DEL NOTARIO PÚBLICO
Notariado por:	
Número de Notario Público:	

Describir la Naturaleza de la Queja
<p>Tengo razones para creer que ha ocurrido uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">La organización/persona ha divulgado inapropiadamente mi información personal.La organización/persona ha utilizado inadecuadamente mi información personal.La organización/persona ha dispuesto de manera inapropiada mi información personal.La organización/persona ha negado el acceso a mi información personal.La organización/persona ha negado mi solicitud de modificación de datos personales.La organización/persona ha negado otro derecho de privacidad.Políticas o procedimientos de privacidad de la organización violan la ley.

Consentimiento para remitir esta queja a otra organización
<p>Covered California pudiese tener que referir esta queja a otra organización. Por favor, elija uno de los siguientes.</p> <ul style="list-style-type: none">Accepto que esta queja sea enviada a otra organización.No acepto que esta queja sea enviada a otra organización.

Consentimiento para revelar nombre

Por favor seleccione una de las siguientes opciones. *(Tenga en cuenta que el no usar su nombre puede dificultar la capacidad de Covered California para resolver su queja.)*

Doy consentimiento para divulgar mi nombre con el fin de resolver esta queja.

No doy consentimiento para que mi nombre sea divulgado.

Favor de proporcionar detalles sobre su queja (Adjunte una hoja separada si es necesario):

Firma del Representante Autorizado

Entiendo que Covered California pudiese no ser capaz de resolver mi queja, pero aun así me va a dar una respuesta.

Declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verídica y correcta.

Firma:

Fecha:

La información solicitada en este formulario es requerida por California Health Benefit Exchange, Oficina de Privacidad, a fin de procesar su solicitud. La información que proporcione en este formulario se requiere para procesar su solicitud y será utilizada por la Oficina de Privacidad para ese propósito. No proporcionar esta información puede resultar en la denegación de su solicitud. Referencias legales que autorizan la recopilación o el mantenimiento de la información proporcionada en este formulario incluye Secciones 1798.22, 1798.25, 1798.27 y 1798.35 del Código Civil de California y la Sección 155.260 (a) del Código de Regulaciones Federales. *California Health Benefit Exchange, Privacy Office, 1601 Exposition Blvd, Sacramento, CA 95815 (800) 889-3871.*