



COOK COUNTY HEALTH

Jako pacjent i/lub członek planu ubezpieczenia zdrowotnego masz prawo zwrócić się do Cook County Health (CCH) z wnioskiem o zmianę lub poprawienie Twoich chronionych informacji zdrowotnych w prowadzonej przez nas dokumentacji. W określonych okolicznościach CCH może uwzględnić lub odrzucić taki wniosek.

Aby umożliwić CCH szybkie i prawidłowe rozpatrzenie Twojego Wniosku o Zmianę, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza w całości.

Nazwisko			Imię		Drugie imię		
Data urodzenia	Miesiąc	Dzień	Rok	Data dzisiejsza	Miesiąc	Dzień	Rok
Adres			Miasto	Stan	Kod pocztowy	Telefon	
WNISKOWANA ZMIANA Prosimy szczegółowo opisać, w jaki sposób chcesz zmienić dokumentację. W razie potrzeby prosimy użyć dodatkowej strony.							
POWÓD WNISKOWANEJ ZMIANY Prosimy podać powód (powody) złożenia wniosku.							
DATY ŚWIADCZENIA USŁUG OBJĘTYCH WNISKOWANĄ ZMIANĄ Prosimy podać datę lub zakres dat, których dotyczy wniosek.							
Podpis osoby				Data			
DLA OSOBISTYCH PRZEDSTAWICIELI OSOBY							
Imię i nazwisko przedstawiciela osobistego				Relacja z osobą			
<i>Niniejszym poświadczam, że posiadam uprawnienia prawne zgodnie z obowiązującym prawem do złożenia tego wniosku w imieniu pacjenta wskazanego powyżej.</i>							
Podpis przedstawiciela osobistego				Data			
Prosimy odesłać niniejszy formularz na poniższy adres lub adres e-mail. Lub zadzwoń pod poniższy numer w razie pytań: 1-877-476-1873				The Office of Corporate Compliance 1950 W. Polk Street, Suite 9217 Chicago, IL 60612 Compliance@CookCountyHHS.org			