



Please complete this form and mail to:

Rachel Goldstein, ADA Compliance Officer
Agency for Health Care Administration
Office of the General Counsel
2727 Mahan Drive, Mail Stop #3
Tallahassee, Florida 32308

OR

Fax completed form to:

Fax: (850) 922-6484

Please Print Clearly

Complainant Contact Information

Name _____

Address _____

Telephone _____

Medicaid ID # (if applicable) _____

Email _____

Preferred method of contact _____

Please do **NOT** contact me by _____

Notify me about the outcome of this investigation

Or

Do **NOT** notify me about the outcome of this investigation

Authorized Representative Making Complaint (if different than complainant)

Name _____

Address _____



Telephone _____

Email _____

Preferred method of contact _____

Please do **NOT** contact me by _____

Notify me about the outcome of this investigation*

Or

Do **NOT** notify me about the outcome of this investigation

Relationship to complainant _____

***Please note:** if you are an Authorized Representative making an ADA complaint on behalf of a complainant and wish to be notified as to the outcome of the complaint investigation, you must obtain a

signed HIPAA authorization release form from the complainant. This document can be found at:

<http://ahca.myflorida.com/hipaa/pdf/HIPAAAuthorization.pdf>

Complaint

Have you filed or do you intend to file an ADA complaint related to this matter in another forum?

Yes No

If yes, please indicate what agency or court? _____

Date of alleged discrimination _____

Provide the name and address of the specific entity(ies), person(s), program(s) and/or facility(ies) the complainant believes is/are responsible for the discrimination and a brief description of the alleged acts of discrimination.



Signature _____

Date _____

PRIVACY POLICY

Submitted information is maintained and destroyed according to the Florida Agency for Health Care Administration Notice of Privacy Practices. Copies of this notice can be viewed at:

<http://ahca.myflorida.com/hipaa/privacynotice.shtml>



Complete este formulario y envíelo por correo a: Rachel Goldstein, Oficial de Cumplimiento de la ADA
Agencia para la Administración de Atención Médica

Oficina del Asesor Jurídico
2727 Mahan Drive, Parada de correo #3
32308, Tallahassee, Florida

O

Fax completado a: Fax: (850) 922-6484

Por favor, imprima claramente

Información de contacto del demandante

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Número de identificación de Medicaid (si corresponde) _____

Correo electrónico _____

Método preferido de contacto _____

Por favor, **NO** se ponga en contacto conmigo por _____

___ Notificarme sobre el resultado de esta investigación

O

___ **NO** me notifique sobre el resultado de esta investigación

Representante autorizado que presenta una queja (si es diferente del reclamante)

Nombre _____

Dirección _____



Teléfono _____

Correo electrónico _____

Método preferido de contact _____

Por favor, **NO** me contacte by _____

Notificarme sobre el resultado de esta investigación*

O

NO me notifique sobre el resultado de esta investigación

Relación con el denunciante _____

***Tenga en cuenta:** si usted es un Representante Autorizado que presenta una queja de ADA en nombre de un reclamante y desea que se le notifique sobre el resultado de la investigación de la queja, debe obtener un

formulario de liberación de autorización HIPAA firmado por el demandante. Este documento se puede encontrar en: <http://ahca.myflorida.com/hipaa/pdf/HIPAAAuthorization.pdf>

Queja

¿Ha presentado o tiene la intención de presentar una queja de la ADA relacionada con este asunto en otro foro?

Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar qué organismo o tribunal. _____

Fecha de la presunta discriminación _____

Proporcione el nombre y la dirección de la(s) entidad(es) específica(s), persona(s), programa(s) y/o instalación(es) que el demandante cree que es/son responsables de la discriminación y una breve descripción de los presuntos actos de discriminación.



Signature _____

Date _____

PRIVACY POLICY

La información enviada se mantiene y destruye de acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de la Agencia de administración de atención médica de florida. Las copias de este aviso se pueden ver en: <http://ahca.myflorida.com/hipaa/privacynotice.shtml>