

**Если Вам нужна помощь при
заполнении бланка:**

• можете попросить кого-либо из персонала
Плана в сфере психического здоровья помочь
Вам.

• можете позвонить в Member Services
(обслуживание клиентов).
(916) 875-6069

бесплатно 1-888-881-4 881
TTY (916) 876-8853

• можете позвонить Patient Rights Advocate.
(916) 333-3800

**Sacramento County
Board of Supervisors**

Phil Serna, 1-й округ
Patrick Kennedy, 2-й округ
Susan Peters, 3-й округ
Sue Frost, 4-й округ
Don Nottoli, 5-й округ

County Executive
Navdeep S. Gill

Department of Health Services

Peter Beilenson, MD, MPH, директор

Division of Behavioral Health

Ryan Quist, Ph.D., директор

Sacramento County MHP соответствует применимому
федеральному законодательству в области
гражданских прав и не осуществляет дискриминацию
по признакам расы, цвета кожи, национальности,
возраста, инвалидности или пола.

Опубликовано:

County of Sacramento
Division of Behavioral Health
6 мая 2019 г.



**Sacramento County
Mental Health Plan**
(План в сфере психического здоровья
округа Сакраменто)

Запрос на замену провайдера

Request Change of Provider – Russian

Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management, Member Services
7001A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

М.П.

Запрос на замену провайдера

К сведению: Запрос на замену провайдера в рамках агентства или на другое агентство не будет негативно влиять на услуги для Вас по Sacramento County Mental Health Plan

Заполните печатными буквами или напишите разборчиво

Дата: _____ Место услуги: _____

Имя клиента: _____ Дата рождения: _____

Если клиент несовершеннолетний – впишите имя законного опекуна, заполняющего от его имени: _____

Адрес (город/штат/индекс): _____

Тел. № (укажите время для звонков): _____

1. Я прошу сменить: обслуживающий персонал медицинский персонал агентство

2. Укажите причину запроса замены:

3. Обсуждали ли Вы свои проблемы со своим провайдером услуг?

Да Опишите, что Вы сделали для решения проблемы и результат:

Нет

Я понимаю, что со мной свяжутся касательно моего запроса в течение тридцати (30) календарных дней

Подпись лица,
сделавшего запрос: _____

Сегодняшняя
дата: _____