

Si precisa asistencia para completar este formulario:

- Usted puede pedirle ayuda a cualquier miembro del personal del Plan de Salud Mental.
- Usted puede llamar a Member Services (Servicios para miembros) (916) 875-6069

Número gratuito 1-888-881-4881
TTY (916) 876-8853

- Usted puede llamar al Patient Rights Advocate. (916) 333-3800

**Sacramento County
Board of Supervisors**

Phil Serna, 1st Distrito
Patrick Kennedy, 2nd Distrito
Susan Peters, 3rd Distrito
Sue Frost, 4th Distrito
Don Nottoli, 5th Distrito

County Executive
Navdeep S. Gill

Department of Health Services
Peter Beilenson, MD, MPH, Directora

Division of Behavioral Health
Ryan Quist, Ph.D., Directora

Sacramento County MHP cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Publicado por:
The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
6 de Mayo de 2019



**Sacramento County
Mental Health Plan (Plan
de salud mental del
Condado de Sacramento)**

**Solicitud
para
cambiar de
proveedor**

Request Change of Provider— Spanish

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

Sello
obligatorio

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

Solicitud de cambio de proveedor

Nota: La solicitud de un cambio de proveedor dentro de la agencia o a otra agencia no afectará de manera adversa a sus servicios con el Sacramento County Mental Health Plan.

Por favor, escriba en letra de imprenta o en letra cursiva legible.

Fecha: _____ Lugar del servicio: _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si el cliente es menor de edad, escriba el nombre del tutor legal que presenta la solicitud en representación del menor: _____

Dirección (Ciudad/Estado/Código postal): _____

Número de teléfono (indique el mejor horario para llamar): _____

1. **Solicito un cambio en:** Personal de servicio Personal médico Agencia

2. **Por favor, describa la(s) razón(es) para solicitar un cambio:**

3. **¿Ha hablado sobre sus inquietudes con su proveedor de servicios?**

Sí Por favor, describa lo que ha hecho para intentar resolver el problema, e incluya los resultados:

No

Entiendo que seré contactado en relación con esta solicitud dentro de los próximos treinta (30) días naturales

Firma de la persona que presenta esta solicitud: _____ Fecha de hoy: _____