

Nếu quý vị cần hỗ trợ hoàn thành mẫu này:

- Quý vị có thể yêu cầu bất kỳ nhân viên nào của Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần hỗ trợ quý vị.
- Quý vị có thể gọi Member Services (Ban dịch vụ hội viên).
(916) 875-6069

Số điện thoại miễn phí 1-888-881-4 881
TDD 711

- Quý vị có thể gọi Patient Rights Advocate.
(916) 333-3800

Sacramento County Board of Supervisors

Phil Serna, Quận 1
Patrick Kennedy, Quận 2
Rich Desmond, Quận 3
Sue Frost, Quận 4
Don Nottoli, Quận 5

Acting County Executive Ann Edwards

Department of Health Services Chevon Kothari, Giám đốc

Division of Behavioral Health Ryan Quist, Ph.D., Giám đốc

Sacramento County MHP tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

Xuất bản bởi:
The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
5/10/2021

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



Sacramento County Mental Health Plan (Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần quận Sacramento)

Yêu cầu thay đổi nhà cung cấp

Request Change of Provider - Vietnamese

Cần dán
tem

Yêu cầu thay đổi nhà cung cấp

Lưu ý: Việc yêu cầu thay đổi nhà cung cấp trong tổ chức hoặc đối với tổ chức khác không ảnh hưởng tiêu cực đến các dịch vụ của quý vị với Sacramento County Mental Health Plan

Vui lòng viết in hoặc viết rõ.

Ngày: _____ Địa điểm cung cấp dịch vụ: _____

Tên khách hàng: _____ Ngày sinh: _____

Nếu khách hàng là trẻ vị thành niên, nhập tên của người giám hộ hợp pháp đại diện cho trẻ vị thành niên nộp yêu cầu: _____

Địa chỉ (Thành phố/Tiểu bang/Zip): _____

Số điện thoại (vui lòng nêu rõ thời gian gọi điện phù hợp nhất): _____

1. Tôi đang yêu cầu thay đổi: Nhân viên dịch vụ Nhân viên y tế Tổ chức

2. Vui lòng mô tả (các) lý do yêu cầu thay đổi:

3. Quý vị đã từng thảo luận các mối quan ngại của mình với nhà cung cấp dịch vụ của mình chưa?

Có Vui lòng mô tả những gì quý vị đã làm để cố gắng giải quyết vấn đề và nêu kết quả:

Không

Tôi hiểu rằng tôi sẽ được liên lạc về yêu cầu này trong vòng ba mươi (30) ngày theo lịch

Chữ ký của người đưa ra yêu cầu này: _____

Ngày hôm nay: _____