

¿POR QUÉ SOLICITAR UN CAMBIO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS?

El condado de Shasta intenta hacer todo lo que esté a su alcance en el trabajo con clientes y proveedores, pero comprende que a veces las cosas no funcionan como se las ha planeado.

Usted puede optar por solicitar un cambio de proveedores si no está satisfecho con los servicios de salud mental que recibe actualmente de su coordinador personal de servicios, sus consejeros o su médico clínico. No es necesario que complete este formulario para solicitar un cambio de médico o enfermero. Simplemente notifique de esta solicitud al coordinador de citas y horarios.

CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD

Puede presentar su solicitud verbalmente o por escrito. Para presentar verbalmente una solicitud, comuníquese con Atención Médica Controlada llamando al 245-6750 o, sin cargo, al 1-888-385-5201. Si decide presentar una solicitud por escrito, complete este formulario con franqueo pagado. Puede enviar el formulario completo a la dirección que figura en el anverso o depositarlo en el buzón

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS

Puede solicitar a un miembro del personal o a otra persona que lo asista con el proceso de solicitud. Puede optar por hacer que otra persona actúe en su nombre. Usted NO será objeto de discriminación NI cualquier otra sanción por el hecho de presentar una solicitud.

Fecha: _____ **Lugar:** _____

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del padre o tutor, si la solicitud es para un menor: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono (particular): _____ **(laboral)** _____

Idioma de origen: _____

Nombre del médico clínico o coordinador personal de servicios actual:

Describa por qué desea solicitar un nuevo médico clínico o coordinador personal de servicios:

No se han satisfecho las necesidades culturalls: _____

No se han satisfecho las necesidades de género: _____

¿Ha comentado estas inquietudes con su médico clínico o coordinador personal de servicios actual? (Seleccione una opción) Sí _____ **No** _____

Firma: _____

de quejas que se encuentra en el hall de entrada del Departamento de Salud Mental del condado de Shasta.

Si tiene preguntas o desea conocer el estado de su solicitud, comuníquese con Atención Médica Controlada llamando al 245-6750 o, sin cargo, al 1-888-385-5201. Los usuarios de teletipo pueden comunicarse con el 530-245-6979, Servicio de Retransmisión de California, llamar al 711 o al 800-735-2922.

¿QUÉ OCURRE CON SU SOLICITUD?

Cuando usted solicite un cambio de proveedores de servicios, su solicitud se estudiará detenidamente. Recibirá una respuesta escrita o verbal dentro de los diez días posteriores a la fecha de recepción de su solicitud.

El condado de Shasta no discrimina por discapacidad. Puede comunicarse con nuestro coordinador de ADA llamando al 530-225-5515; con servicios de retransmisión al 800-735-2922; fax al 530-225-5345.



AGENCIA DE SALUD Y
SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE
SHASTA
Departamento de Salud Mental, Alcohol y
Drogas
2640 Breslauer Way, Redding, CA 96001
www.shastahsa.net

Plan de salud mental del condado de Shasta
A/A. Programa de gestión de autorizaciones
del condado de Shasta
P.O. Box 496048
Redding, CA 96049-6048

Revisado 1/2011

Solicitud de cambio de proveedor

(incluye solicitud de proveedor relacionado con una cultura específica)

Si no está satisfecho con su proveedor de servicios, podemos ayudarlo.

**Para obtener ayuda,
llame al
(530) 245-6750**