



Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Shasta
A/A. Managed Care & Compliance HHB-502
P.O. Box 496005
Redding, CA 96049-6005

¿QUÉ SUCEDE A CONTINUACIÓN?

Le enviaremos una carta dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha en que recibimos su formulario.

*Para verificar su formulario,
llame al 530-245-6750
o al 1-888-385-5201.*

Nuestro coordinador de la ADA puede ser contactado mediante:
530-225-5515 (teléfono)
530-225-5345 (fax)
Sistema de retransmisiones de California: 711
Si tiene preguntas, comuníquese con Managed Care al 530-245-6750 o al 1-888-385-5201.



Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Shasta
2640 Breslauer Way
Redding, CA 96001
www.shastahhsa.net

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**

¿POR QUÉ SOLICITAR CAMBIAR PROVEEDORES?

Puede pedir cambiar a su proveedor si no está satisfecho con este.

CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD

Complete este formulario o cuéntenos al respecto. Para comunicarse con nosotros, llame al (530) 245-6750 o al 1-888-385-5201. Puede enviar el formulario por correo a la dirección que figura al dorso o dárselo a su profesional de atención médica.

Le garantizamos un trato justo durante este proceso.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS

Puede solicitar ayuda para completar este formulario o hacer que alguien lo haga por usted. Le garantizamos un trato justo en caso de presentar este formulario.

Fecha: _____ Lugar: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: (hogar) _____ (trabajo) _____ (celular) _____

Idioma que habla: _____

Nombre del médico clínico o coordinador personal de servicios actual: _____

Describa por qué quiere cambiar a su proveedor: _____

No se han satisfecho las necesidades culturales: _____

No se han satisfecho las necesidades de género: _____

¿Ha hablado con su profesional de atención médica actual sobre sus necesidades?
(Seleccione una opción)

Sí _____ No _____

Firma: _____