



PEDIDO DE CAMBIO DE PROVEEDOR

Entregue el formulario completo al personal de recepción o

Envíelo por correo a la siguiente dirección:

Grievance Coordinator
2227 Capricorn Way, Suite 207
Santa Rosa CA 95407-5419

Teléfono: 707-565-7895/1-800-870-8786
TTY: 711

DERECHOS DE LOS CLIENTES

Como cliente de la División de Salud Conductual del Condado de Sonoma (SCBH), tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir un trato digno, respetuoso y que proteja al máximo su privacidad;
- Recibir los servicios en un entorno seguro;
- Solicitar servicios de interpretación sin cargo;
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento en un idioma y un formato que le resulten comprensibles;
- Solicitar un cambio de proveedor, una segunda opinión o un cambio en el nivel de atención;
- Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluido el derecho a negarse a recibir tratamiento;
- Solicitar y recibir una copia de su expediente médico (puede que deba pagar un cargo) y pedir que se lo corrija;
- Autorizar a una persona para que actúe en su nombre durante el proceso de reclamo, apelación o audiencia estatal imparcial;
- No sufrir ningún tipo de restricción ni aislamiento a modo de coerción, medida disciplinaria o represalia, o por conveniencia;
- Presentar un reclamo o, en caso de que sea un cliente de la SCBH que tenga Medi-Cal, presentar una apelación, una apelación expeditiva o una solicitud de audiencia estatal imparcial sin sufrir represalias.

PEDIDO DE CAMBIO DE PROVEEDOR

Para pedir el cambio de su proveedor actual, envíe este formulario debidamente completado a la recepcionista, a su administrador de casos, o por correo a: Grievance Coordinator 2227 Capricorn Way, Suite 207 Santa Rosa, CA 95407-5419. Se hará todo lo posible para dar curso a su solicitud. Recibirá una decisión dentro de 10 días hábiles a partir de la recepción del pedido. La División de Salud Conductual del Condado de Sonoma no puede garantizar el cambio de su proveedor. Si necesita ayuda para completar este formulario, puede consultar a cualquier miembro del personal de la División de Salud Conductual o llamar al 707-565-7895

Fecha: _____ Lugar del servicio: _____ Nombre del proveedor: _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (_____) _____ Correo electrónico: _____

Mejor hora del día para llamarle: _____

Preferencia de contacto: Teléfono Correo electrónico Correspondencia

Seleccione el/los motivo(s) para solicitar el cambio:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cambio de horario o programación | <input type="checkbox"/> Personalidad más compatible | <input type="checkbox"/> Retraso o falta de respuesta |
| <input type="checkbox"/> Cambio de ubicación | <input type="checkbox"/> Mayor sensibilidad cultural | <input type="checkbox"/> Falta de confianza |
| <input type="checkbox"/> Preferencia de idioma | <input type="checkbox"/> Inquietudes sobre el tratamiento | <input type="checkbox"/> No es de ayuda |
| <input type="checkbox"/> Preferencia de género | <input type="checkbox"/> Inquietudes sobre la medicación | <input type="checkbox"/> Insensible o impaciente |
| <input type="checkbox"/> Preferencia de edad | <input type="checkbox"/> Falta de sensibilidad a las inquietudes | <input type="checkbox"/> Poco profesional |
| <input type="checkbox"/> Preferencia de formato (telesalud/en persona) | | <input type="checkbox"/> No escucha |
| | | <input type="checkbox"/> Prefiero no dar un motivo |
| | | <input type="checkbox"/> Otro |

Describa el/los motivo(s) que llevaron a pedir el cambio:

¿Cuántas veces ha visto el cliente al proveedor actual? 1 vez 2-3 veces Más de 3 veces

¿Se ha discutido el asunto en cuestión con el proveedor actual? Sí No

Firma de la persona que realiza el pedido: _____ Persona Padre o madre Tutor

Número de teléfono de la persona que realiza el pedido si no es el cliente: _____

PEDIDO DE CAMBIO DE PROVEEDOR

RECEIPT OF CHANGE OF PROVIDER REQUEST (FOR MENTAL HEALTH PLAN USE ONLY)

To be completed by receiving staff:

Received by: _____ Date: _____ Program Name: _____

To be completed by Program Manager/Specialist (PM/Spc):

PM/Spc Name: _____ Date received by PM/Spc: _____ Decision: Approved Denied

Reason for Decision: _____

Next Appointment Date & Time: _____ New Provider Name (if applicable): _____

Date Communicated to Client: _____ Date Communicated to Impacted Providers: _____

LANGUAGE ASSISTANCE

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call *24/7 toll-free 1-800-870-8786 toll free number or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).*

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call *707-565-6900 or 1-800-870-8786 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).*

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al *1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).*

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số *1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).*

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa *1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).*

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. *1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711)* 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 *1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711)*。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք *1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711)*.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните *1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).*

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 1-800-735-2929 or 711) 1-800-870-8786 or 707-565-6900 تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-870-8786 or 707-565-

6900 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2929 or 711)

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। [1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

ខ្មែរ(Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: រសើនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិតថ្លៃ

គឺអាចមានសំរាប់អ្នករសើនក្នុងចូលសំរាប់ 1-800-870-8786 or 707-565-6900

(TTY: 1-800-735-2929 or 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ,

ແມ່ນນິພົມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).