

**SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR DE SERVICIOS  
COMPLÉTELA EN LETRA DE MOLDE O EN LETRA LEGIBLE.**

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ MEJOR HORA DEL DÍA PARA LLAMAR: \_\_\_\_\_

PERSONA QUE PRESENTA LA SOLICITUD DE CAMBIO: \_\_\_\_\_ N.º TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TUTOR/APODERADO LEGAL: \_\_\_\_\_

TENGO (marque todo lo que corresponda):

Medi-Cal  Medicare  CMSP  No tengo seguro

Kaiser  Seguro

1. Quiero cambiar mi proveedor actual, \_\_\_\_\_ por los siguientes motivos (marque todo lo que corresponda):

Prefiero a alguien con una personalidad más compatible  No me brinda la ayuda que necesito  No siento que me trate con respeto o que me escuche

Prefiero a alguien con una mayor sensibilidad cultural (especifique): \_\_\_\_\_

Prefiero a alguien que hable otro idioma (especifique): \_\_\_\_\_

Prefiero un lugar más conveniente  Prefiero una hora más conveniente  Otro:

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuántas veces ha consultado a su proveedor?  1 vez  2 o 3 veces  Más de 3 veces

3. Marque una opción:  He conversado acerca de mis inquietudes con este proveedor.  No he conversado acerca de mis inquietudes con este proveedor.

*Evaluaremos la solicitud cuidadosamente y le enviaremos una respuesta dentro de los treinta (30) días.*

**(SOLO PARA EL PERSONAL DEL PLAN DE SALUD MENTAL)**

Date received by MHP: \_\_\_\_\_ Team Name: \_\_\_\_\_ Program Manager: \_\_\_\_\_

Decision: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of New Provider: \_\_\_\_\_

SI NECESITA ASISTENCIA PARA  
COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

- Pídale ayuda a algún miembro del personal de la División de Salud Conductual.
- Llame al **Equipo Access** al 707-565-6900 o al 1-800-870-8786

○

al defensor de los derechos de los  
pacientes al  
707-565-4978.

TTY: 711

Se recomienda a los consumidores que  
planteen cualquier problema con los  
servicios de salud mental directamente a  
su proveedor o al supervisor.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE  
SALUD DEL CONDADO DE SONOMA  
- DIVISIÓN DE SALUD  
CONDUCTUAL: SERVICIOS DE  
SALUD MENTAL

**SOLICITUD DE  
CAMBIO DE PROVEEDOR  
DE SERVICIOS**

ENTREGUE ESTE  
FORMULARIO COMPLETO  
AL PERSONAL DE RECEPCIÓN

○

ENVÍELO POR CORREO A LA  
SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Grievance Coordinator  
Mental Health Plan  
of  
Sonoma County  
2227 Capricorn Way,  
Suite 207  
Santa Rosa, CA  
95407-5419

## 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)

ՈՒՇԱԿՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ 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)

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

### 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)**

ਪਿਆਨ 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: រសើរនិងជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិតថ្លៃ  
គឺអាចមានសំរាប់អ្នកមុនៗ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-870-8786 or 707-565-6900  
(TTY: 1-800-735-2929 or 711)។

**ພາສາລາວ (Lao)**

ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າ ພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີຮັບໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).