



**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

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, 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: \_\_\_\_\_



## LEYENDA DE IDIOMAS

### English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-870-8786 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-870-8786 (TTY: 711). These services are free of charge.

### Mensaje en inglés

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-870-8786 (TTY: 711). También hay ayuda y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-870-8786 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-870-8786 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-870-8786 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիսակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-870-8786 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-800-870-8786 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ប្រាសាទកម្ពុជា (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-870-8786 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមព្រៀង ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-870-8786 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-870-8786 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-870-8786 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

### مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-870-8786 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-870-8786 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

### **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-870-8786 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं 1-800-870-8786 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-870-8786 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-870-8786 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### **日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-870-8786 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-870-8786 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

### **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-870-8786 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-870-8786 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### **ແທກໄລາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-870-8786 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕຟິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-870-8786 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

### **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-870-8786 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-870-8786 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

### **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-870-8786 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-870-8786 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-870-8786 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-870-8786 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-870-8786 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-870-8786 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-870-8786 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-870-8786 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-870-8786 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-870-8786 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.