



## **PEDIDO DE CAMBIO DE PROVEEDOR**

Puede devolver su formulario completo  
al recepcionista o enviarlo por correo a:

Coordinador de Cambio de Proveedor  
(Change of Provider Coordinator)  
2227 Capricorn Way  
Santa Rosa, CA 95407-5419

o envíe un correo electrónico a:  
[dhs-bh-qa-changeprovider@sonomacounty.gov](mailto:dhs-bh-qa-changeprovider@sonomacounty.gov)

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

## **DERECHOS DE LOS MIEMBROS**

Los miembros de Medi-Cal de Salud Mental tienen derecho a:

- Ser tratados con dignidad, respeto y con la debida consideración a su privacidad.
- Servicios prestados en un entorno seguro.
- Solicitar y recibir servicios de interpretación oral gratuitos.
- Solicitar una segunda opinión o cambiar su proveedor de tratamiento.
- Participar en las decisiones relativas a su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica (pueden aplicarse costos) y solicitar una enmienda o corrección.
- Autorizar a una persona a actuar en su nombre durante el proceso de queja, apelación o audiencia imparcial estatal.
- Estar libres de cualquier forma de restricción o aislamiento que se use como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Presentar una queja sin represalias (una queja es una expresión de insatisfacción que no está relacionada con una determinación adversa de beneficios).
- Para los miembros de Medi-Cal: el derecho a presentar una apelación, una apelación acelerada o solicitar una audiencia imparcial estatal sin represalias.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles (directorío de proveedores de servicios especializados de salud mental), presentada de una manera adecuada a su estado y capacidad de comprensión.
- Recibir servicios del Plan de Salud Mental del condado de Sonoma que cumplan con los requisitos contractuales del Estado en las áreas de disponibilidad de servicios, garantías de capacidad y servicios suficientes, coordinación y continuidad de la atención, y cobertura y autorización de servicios.

## 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: Coordinador de Cambio de Proveedor, 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: \_\_\_\_\_ Nombre del Programa: \_\_\_\_\_ Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Mejor(es) hora(s) para llamar: \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de molde de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Persona misma  Padre/Madre  Tutor/Tutora  Personal

Número de teléfono de la persona que completa el formulario si no es el miembro: \_\_\_\_\_

**PEDIDO DE CAMBIO DE PROVEEDOR**

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

**(SOLO PARA USO DEL PLAN DE SALUD MENTAL)**

**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: \_\_\_\_\_



**Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística  
y ayudas y servicios auxiliares**

**English**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). These services are free of charge.

**العربية (Arabic)**

1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 يُرجع الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكـبـري. اتصل بـ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱՂԻՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមព្រៀង ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**繁體中文 (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 or 1-707-565-6900 (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 or 1-707-565-6900 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

**فارسی (Farsi)**

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 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

**हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (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 or 1-707-565-6900] (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

## Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (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 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (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 or 1-707-565-6900 (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 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃຫ້ທ່ານ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນລົບການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕໂລມໃຫຍ່ໃຫ້ໃຫ້ທ່ານ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## 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 or 1-707-565-6900 (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 hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

## ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (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 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (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 or 1-707-565-6900 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (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 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog (Filipino)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (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 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้.

### **Українська (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (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 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (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 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.