



San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services
Form ng Kahilingan para sa Pagpalit ng Tagapagdulot ng Serbisyo

Ikaw ay may karapatang humiling ng pagpalitng tagapagdulot ng serbisyo. Punan ang form na ito at ibigay ito sa sinumang kawani; kanilang ipapasa sa Pinuno o Superbisor ng Yunit. Susuriin ng Pinuno o Superbisor ng Yunit ang iyong kahilingan at sasagot sa iyo sa loob ng 2 linggo.

Iyong pangalan (kliyente): _____

Kung kabataan, pangalan ng magulang/guardian na humihiling ng pagpapalit: _____

Gusto kong palitan ang aking: Psychiatrist Tagapamahala ng Kaso Therapist

Social Worker Nars Klinika Programa

Pangalan ng tagapagdulot ng serbisyo/klinika: _____

(Mga) numero ng iyong telepono o impormasyon kung paano ka matatawagan _____

OPSIYONAL - Dahilan ng paghiling ng pagpapalit ng tagapagdulot ng serbisyo: _____

Pirma ng Kliyente: _____ Petsa: _____

PARA SA PAGGAMIT NG OPISINA LAMANG	Pony completed form to QM at MLH 327
Date Manager/Supervisor Received: _____	Client's MH#: _____
Decision: _____	

Date client informed of decision (<i>within 2 weeks of request</i>): _____	
Manager/Supervisor Printed Name: _____	Clinic: _____
Manager/Supervisor Signature: _____	Date: _____

Ikaw ay may karapatan ding magsampa ng karaingan o reklamo. Kung gusto mong magsampa ng karaingan, **huwag gamitin ang form ito**, kontakin ang Office of Consumer & Family Affairs sa 1-800-388-5189.