



**San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services**  
**服務提供者變更申請表**

您有權要求變更服務提供者。請填寫此表格并交予工作人員；他們會將表格提交至單位主任或主管處。單位主任或主管將在 2 週內 審核您的要求。

您的姓名（客戶）： \_\_\_\_\_

未成年人請填寫要求變更的父母/監護人姓名： \_\_\_\_\_

我想要變更我的： 精神病醫師  輔導員  治療師

社工  護士  診所  治療團隊

服務提供者/診所名稱： \_\_\_\_\_

您的電話號碼或聯絡資訊： \_\_\_\_\_

可選擇回答此問題—要求更換服務提供者的理由： \_\_\_\_\_

客戶簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| <b>僅供內部填寫</b>  | <b>Pony completed form to QM at MLH 327</b> |
| 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: _____                                 |

您也有權提交申訴。若您想提交申訴，請勿使用此表格，請聯絡消費者及家庭事務辦公室 (Office of Consumer & Family Affairs)，電話為 1-800-388-5189。