



San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services

Change of Provider Request Form

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：
精神科醫師 個案管理師 治療師 社工
護理師 診所 計畫

提供者/診所名稱：_____

您的電話號碼或聯絡資訊：_____

此申請是否因為計畫的特定宗教歸屬？ 是 否

可選 - 要求更換服務提供者的原因：_____

客戶簽名：_____ 日期：_____

代客戶填表的員工：_____ 日期：_____

僅供內部填寫

已填寫表單：HS_BHRS_QM@smcgov.org 或傳真至 650-525-1762

管理師/主管收到的日期：_____ 客戶的 MH 編號：_____

決定：_____

客戶得知決定的日期（在申請的 2 週內）：_____

對於酒精及其他藥物 (Alcohol & Other Drug, AOD)/物質使用障礙治療 (Substance Use Disorder, SUD) 慈善選擇推薦 – 醫療保健服務部 (Department of Health Care Services, DHCS) 收到通知的日期：

管理師/主管工整書寫姓名：_____ 診所：_____

管理師/主管簽名：_____ 日期：_____

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。