



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

Completed Form: HS_BHRS_QM@smcgov.org or Fax 650-525-1762

Date Manager/Supervisor Received: _____ Client's MH#: _____

Decision: _____

Date client informed of decision (*within 2 weeks of request*): _____

Manager/Supervisor Printed Name: _____ Clinic: _____

Manager/Supervisor Signature: _____ Date: _____

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