



Mga Serbisyo Para sa Paggaling at Kalusugan ng Pag-uugali ng San Mateo County

Form ng Paghiling sa Pagpapalit ng Provider

Ikaw ay may karapatang humiling ng pagpapalit ng provider. Kumpletuhin ang form ito at ibigay ito sa sinumang kawani; dadalhin nila ito sa Puno o Superbisor ng Yunit. Susuriin ng Puno o Superbisor ng Yunit ang iyong kahilingan at sasagot sa iyo sa loob ng 2 linggo.

Iyong pangalan (kliyente): _____

Kung kabataan, pangalan ng magulang/tagapag-alaga na humihiling ng pagpapalit: _____

Gusto kong palitan ang aking: Psychiatrist Tagapamahala ng Kaso Therapist
Social Worker Nars Klinika Programa

Pangalan ng provider/klinika: _____

Ang iyong (mga) numero ng telepono o impormasyon sa pakikipag-ugnayan: _____

Ang kahilingan bang ito ay dahil sa partikular na kaugnayan sa relihiyon ng isang programa? Oo Hindi

OPSYONAL - Dahilan ng paghiling sa pagpapalit ng provider ng serbisyo: _____

Pirma ng Kliyente _____ Petsa: _____

Kawani na nagkumpleto ng form sa ngalan ng kliyente: _____ Petsa: _____

GAGAMITIN LANG SA OPISINA	Nakumpletong Form: HS_BHRS_QM@smcgov.org o Fax 650-525-1762
Petsa ng Pagtanggap ng Manager/Superbisor: _____ MH# ng Kliyente: _____	
Desisyon: _____	

Petsa nang ipinaalam ang desisyon sa kliyente (sa loob ng 2 linggo ng paghiling): _____	
Para sa mga referral sa AOD/SUD Charitable Choice -- Petsa nang ipaalam sa DHCS: _____	
Naka-print na Pangalan ng Manager/Superbisor: _____	Klinika: _____
Pirma ng Manager/Superbisor: _____	Petsa: _____

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