



## 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 <input type="checkbox"/>	輔導員 <input type="checkbox"/>	治療師 <input type="checkbox"/>	
社工 <input type="checkbox"/>	護士 <input type="checkbox"/>	診所 <input type="checkbox"/>	治療團隊 <input type="checkbox"/>

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>	<u>Completed Form:</u> <a href="mailto:HS_BHRS_QM@smcgov.org">HS_BHRS_QM@smcgov.org</a> or Fax 650-525-1762
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。