



MENDOCINO COUNTY
BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES



POLICY AND PROCEDURE

Service Area: Mendocino County Behavioral Health and Recovery Services

Subject: Requests for a Change of Provider

Subject Matter Expert:

Navin Bhandari

 Navin Bhandari, BHRS Senior Program Manager

BHRS Director:

Jenine Miller

 Jenine Miller, BHRS Director

Previous or Referenced
 Policy No.: III.C-47

Created: 1/2010

Reviewed: 01/22

Revised: 8/2013, 12/2018,
 01/2022

POLICY:

Mendocino County Behavioral Health and Recovery Services (BHRS) Mental Health Plan (MHP) shall provide a client's choice of the person providing services whenever possible. Additionally, at the request of the client, the MHP shall allow for a change of provider, unless the MHP has a good reason why it can't provide a choice (for example, there is only one provider who can deliver the service needed). These requests include change for a culturally and linguistically specific provider. While the choice may be limited to a network or contract provider, if there is no capacity, then an out-of-network provider may be contracted with (see P/P IV.D-1M Point of Authorization).

PROCEDURE:

1. Brochures advising Medi-Cal beneficiaries of the process to request a change of providers and Change of Provider Request Forms will be displayed and available in MHP and contracted provider lobbies or through the mail by calling or writing the MHP.
2. Completed Change of Provider Request Forms will be forwarded to the Quality Assessment and Performance Improvement (QAPI) unit.
3. The QAPI staff will work with the Administrative Services Organization (ASO) and the provider(s) to facilitate a change of provider. A copy of the Change of Provider Request will be filed.

4. The QAPI staff will:
 - a. Review the request and determine whether the request for a change of provider will be granted.
 - b. Provide the ASO and Provider with the results of the request.
5. Beneficiary requests for preferred and/or culturally and linguistically specific providers shall be noted in the log. The MHP shall ensure options are available for culturally and linguistically responsive services in a recovery and wellness driven system, including non-traditional mental health providers.
6. QAPI staff will advise the beneficiary of the response to his/her request within ten (10) working days either by telephone and/or mail, as requested by the beneficiary.
7. QAPI staff will maintain a binder that contains the request and MHP response. All Change of Provider request will be logged, tracked, and evaluated. Any trends will be brought to Quality Improvement/Quality Management meeting for action. A report will also be provided to the Quality Improvement Committee.

REFERENCES:

42 CFR § 438.3(l)
CCR Title 9, § 1830.225
MHP State-County Contract, Exhibit A – Attachment 2

ATTACHMENTS:

Change of Provider Brochure and Request Form, English
Change of Provider Brochure and Request Form, Spanish
Change of Provider Brochure and Request Form, English (Large Print)
Change of Provider Brochure and Request Form, Spanish (Large Print)

Your request for a change of provider, including culturally specific providers will be reviewed by the QAPI Clinical Manager and be given serious consideration You can expect a response within ten (10) working days.

How Do I Find A Provider For The Specialty Mental Health Services I Need?

The MHP may put some limits on your choice of providers. The MHP must give you a chance to choose between at least two providers when you first start services, unless the MHP has a good reason why it can't provide a choice (for example, there is only one provider who can deliver the service you need).

The MHP must also allow you to change providers. When you ask to change providers, the MHP must allow you to choose between at least two providers, unless there is a good reason not to do so.

Questions and Concerns

Consumers are encouraged to discuss their mental health services with their clinician or other service provider.

How Do I Get A Copy Of The "Provider List"?

You may get a list of providers by request at any MHP clinic, by calling toll-free (800) 555-5906, or by writing to the QAPI Program.

To request a change of provider complete the request form included with this brochure and give it to the receptionist or bring it or mail it to:

**Mendocino County Mental Health Plan
Quality Assessment & Performance
Improvement Program (QAPI)
1120 South Dora Street
Ukiah, CA 95482**

For assistance completing this form you may contact the:

**Patient's Rights Advocate
(707) 463-4614**

Mendocino County Mental Health Plan (MHP) offers free Language Line, interpreter assistance, American Sign Language, and California Relay Services (TTY/TDD) for beneficiaries requesting or accessing services.

These services may be requested at any Mental Health Plan Provider site or by calling 1-800-555-5906.

(Revised 02/2022)

Behavioral Health & Recovery Services Mental Health Plan



**behavioral
health &
recovery services**
Mendocino County

Request for Change of Provider

**Mental Health Plan 24 hour Access Line
1-800-555-5906 (Toll Free)**

This form is available in large print and audio. Please see the receptionist or call 1-800-555-5906.

Sí Usted Habla Español. Esta información está disponible en español, por favor vea la recepcionista o llame 1-800-555-5906

What If I Want To Change Doctors, Therapists Or Clinics?

You may obtain a formal request for a change of provider at any Mental Health Outpatient Clinic. Whenever possible the Mendocino County Mental Health Plan (MHP) will, at the request of the client, allow for a change of provider. The MHP may limit the choice to a contract provider with the MHP or Mendocino County Mental Health.

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929)。

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-555-5906 (телетайп: 1-800-735-2929).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما در دسترس است. 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) まで、お電話にてご連絡ください。

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें।

Հայերեն (Armenian)

Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական անվճար ծառայություններ: Զանգահարեք 1-800-555-5906 (TTY (հեռախոս)) 1-800-735-2929):

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اصل برقم 1-800-555-5906 رقم هاتف الصم والبكم (TTY: 1-800-735-2929)

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ជំនួយភាសាគឺមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក ទេ។ 1-800-555-5906 (TTY 1-800-735-2929)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929)

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929)



Behavioral Health and Recovery Services



REQUEST FOR A CHANGE OF PROVIDER

DATE: _____

TO: _____
Mental Health Quality Assessment & Performance Improvement Program
(QAPI), 1120 South Dora Street, Ukiah, CA 95482

FROM: _____
(Client Name)

(Parent or Guardian, if request is by or for child or youth)

I request a change of provider for the following reason(s):

My current clinician is: _____

- CHECK ONE:** I have discussed my concerns with this clinician
 I have not discussed my concerns with this clinician

I understand that serious consideration will be given to this request and that I can expect a response within ten (10) working days.

RESPONSE TO ME BY TELEPHONE: _____
(Telephone Number)

RESPONSE TO ME BY MAIL: _____
(Street Address)

(City, State, Zip Code)

Su petición para cambio de proveedor sera revisada por el gerente clinico y se le dará seria consideración. Usted puede esperar una respuesta en diez (10) días hábiles.

¿Como encuentro a un proveedor para los servicios especiales de salud mental que necesito?

El MHP puede poner algunos limites en sus alternativas de proveedores. El MHP tendrá que darle una oportunidad de escoger al menos entre dos proveedores la primera vez que reciba los servicios. A menos que MHP tenga una buena razón por la que no le pueda proveer estas alternativas (por ejemplo, hay solamente un proveedor que le pueda ofrecer los servicios que usted necesita).

El MHP deberá darle la oportunidad de cambiar proveedores. Cuando usted requiera cambiar de proveedores, el MHP le deberá dar a escoger al menos entre dos proveedores, a menos que haya una buena razón para negarle.

Asistencia gratis de intérpretes y los servicios TTY/TDD están disponibles. Por favor informe a la recepcionista de sus necesidades.

¿Como puedo obtener una copia de la “Lista de Proveedores”?

Usted puede obtener una lista de proveedores en cualquier clínica de

MHP, o llamando gratis al (800) 555-5906, o escribiendo a QAPI. Para requerir un cambio de proveedor complete la forma de la petición que se encuentra en la parte de atrás de este folleto y déselo a la recepcionista o tráigalo o envíelo por correo a:

**Mendocino County Mental Health Plan
QAPI Program
1120 South Dora Street
Ukiah, CA 95482**

Preguntas y Preocupaciones

Se le recomienda a los pacientes que dialoguen sus servicios de salud mental con su medico u otro proveedor de servicios.

Para asistencia en completar esta forma usted puede contactar:

**Defensor de los Derechos de Pacientes
(707) 463-4614**

Plan de Salud Mental del Condado de Mendocino (MHP) ofrece asistencia gratuita de interpretación, lenguaje de signos Americano y servicios de difusión de California (TTY/TDD) para los beneficiarios que soliciten o acceso a los servicios.

Estos servicios pueden ser requeridos con cualquier proveedor del Plan de Salud Mental o llamando al 1-800 -555-5906.

Salud del Comportamiento y Servicios de Recuperación Plan de Salud Mental



**behavioral
health &
recovery services**
Mendocino County

Petición para Cambio de Proveedor

**Plan de Salud Mental 24-horas Linea de
Acceso 1-800-555-5906
(Número de teléfono gratuito)**

Esta información está disponible en letra grande y audio, por favor vea la recepcionista o llame 1-800-555-5906

Brochure is available in English, please see the reception or call 1-800-555-5906.

Que pasa si quiero cambiar de Doctores, Terapeutas o Clínicas?

Usted puede obtener una petición formal para el cambio de proveedor en cualquier Clínica de Salud Mental. Cuando sea posible el Plan de Salud Mental del Condado de Mendocino (MHP) sera, a petición del cliente, para el cambio de proveedor. El MHP puede limitar sus alternativas a un proveedor contratado por el MHP o el Departamento de Salud Mental del Condado de Mendocino.

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929)。

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-555-5906 (телетайп: 1-800-735-2929).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) まで、お電話にてご連絡ください。

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें।

Հայերեն (Armenian)

Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվալսման աջակցություն ծառայություններ: Զանգահարեք 1-800-555-5906 (TTY (հեռախոսի) 1-800-735-2929):

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਪਿਆਰ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث أذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اصل برقم 1-800-555-5906 (رقم هاتف الصم والبكم 1-800-735-2929)

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ជំនួយភាសាគឺមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក ទេ។ 1-800-555-5906 (TTY 1-800-735-2929)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929)

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929)



Salud del Comportamiento y Ser Recuperación



Petición para Cambio de Proveedor

FECHA: _____

PARA: _____ Salud Mental QAPI, 1120 S. Dora St, Ukiah, CA 95482

DE: _____
(Nombre del Cliente)

(Padres o Guardián, si la solicitud es para un niño o para un joven)

Por las siguientes razones: _____

El trabajador clínico que actualmente me
esta atendiendo es: _____

- MARQUE UNO:** He discutido mis preocupaciones con este trabajador clínico
 No he discutido mis preocupaciones con este trabajador clínico

Yo entiendo que a esta solicitud se le dará una consideración seria y que yo puedo esperar una respuesta dentro de 10 días de trabajo.

RESPONDAME POR TELEFONO: _____
(Numero de teléfono)

RESPONDAME POR CORREO: _____
(Dirección de su casa)

(Ciudad, Estado, Zona Postal)

**Mendocino County
Behavioral Health & Recovery Services
Mental Health Plan**



**Request for Change of Provider
Mental Health Plan 24 hour Access Line
1-800-555-5906 (Toll Free)**

This form is available in large print and audio. Please see the receptionist or call 1-800-555-5906.

Sí Usted Habla Español. Esta información está disponible en español, por favor vea la recepcionista o llame 1-800-555-5906

What If I Want To Change Doctors, Therapists Or Clinics?

You may obtain a formal request for a change of provider at any Mental Health Outpatient Clinic. Whenever possible the Mendocino County Mental Health Plan (MHP) will, at the request of the client, allow for a change of provider. The MHP may limit the choice to a contract provider with the MHP or Mendocino County Mental Health.

Your request for a change of provider, including culturally specific providers will be reviewed by the QAPI CManager and be given serious consideration You can expect a response within ten (10) working days.

How Do I Find A Provider For The Specialty Mental Health Services I Need?

The MHP may put some limits on your choice of providers. The MHP must give you a chance to choose between at least two providers when you first start services, unless the MHP has a good reason why it can't provide a choice (for example, there is only one provider who can deliver the service you need).

The MHP must also allow you to change providers. When you ask to change providers, the MHP must allow you to choose between at least two providers, unless there is a good reason not to do so.

Questions and Concerns

Consumers are encouraged to discuss their mental health services with their clinician or other service provider.

How Do I Get A Copy Of The "Provider List"?

You may get a list of providers by request at any MHP clinic, by calling toll-free (800) 555-5906, or by writing to the QAPI Program.

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-555-5906（TTY：1-800-735-2929）

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-555-5906 (телетайп: 1-800-735-2929).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرید. (TTY: 1-800-735-2929) همراه می باشد. ب 1-800-555-5906

日本語 (Japanese)

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-555-5906 (TTY:1-800-735-2929) まで、お電話にてご連絡ください。

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें।

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-555-5906 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-735-2929):

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਪਿਆਨੁ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

العربية (Arabic)

كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اصل إذا ملحوظة: (TTY: 1-800-735-2929) واليكم: رقم هاتف الصم 1-800-555-5906 برقم

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ជំនួយភាសាគឺមិនគិតថ្លៃ សម្រាប់អ្នកទេ។ 1-800-555-5906 (TTY 1-800-735-2929)

ພາສາລາວ (Lao)

ໂບດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800555-5906 (TTY: 1-800-735-2929)

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ ฟรี โทร 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929)

To request a change of provider complete the request form included with this brochure and give it to the receptionist or bring it or mail it to:

**Mendocino County Mental Health Plan
Quality Assessment & Performance Improvement Program (QAPI)
1120 South Dora Street
Ukiah, CA 95482**

For assistance completing this form you may contact the:

**Patient's Rights Advocate
(707) 463-4614**

Mendocino County Mental Health Plan (MHP) offers free Language Line, interpreter assistance, American Sign Language, and California Relay Services (TTY/TDD) for beneficiaries requesting or accessing services.

These services may be requested at any Mental Health Plan Provider site or by calling 1-800-555-5906.

(Revised Feb 2022)



Behavioral Health and Recovery Services



REQUEST FOR A CHANGE OF PROVIDER

DATE: _____

TO: Mental Health Quality Assessment & Performance Improvement Program (QAPI), 1120

FROM: _____
(Client Name)

(Parent or Guardian, if request is by or for child or youth)

I request a change of provider for the following reason(s):

My current clinician is: _____

- CHECK ONE:**
- I have discussed my concerns with
 - I have not discussed my concerns with this clinician

RESPONSE TO ME BY TELEPHONE:

(Telephone Number)

RESPONSE TO ME BY MAIL:

(Street Address)

(City, State, Zip Code)

**Condado de Mendocino
Salud del Comportamiento y Servicios de Recuperación
Plan de Salud Mental**



Petición para Cambio de Proveedor

**Plan de Salud Mental 24-horas Línea de Acceso
1-800-555-5906
(Número de teléfono gratuito)**

**Esta información está disponible en letra grande y audio, por favor
vea la recepcionista o llame 1-800-555-5906**

Brochure is available in English, please see the reception or call 1-800-555-5906.

Que pasa si quiero cambiar de Doctores, Terapeutas o Clínicas?

Usted puede obtener una petición formal para el cambio de proveedor en cualquier Clínica de Salud Mental. Cuando sea posible el Plan de Salud Mental del Condado de Mendocino (MHP) sera, a petición del Cliente, para el cambio de proveedor. El MHP puede limitar sus alternativas a un proveedor contratado con el MHP o el Departamento de Salud Mental del Condado de Mendocino.

Su petición para cambio de proveedor sera revisada por el gerente clínico y se le dará seria consideración.

Usted puede esperar una respuesta en diez (10) días hábiles.

¿Como encuentro a un proveedor para los servicios especiales de salud mental que necesito?

El MHP puede poner algunos limites en sus alternativas de proveedores. El MHP tendrá que darle una oportunidad de escoger al menos entre dos proveedores la primera vez que reciba los servicios. A menos que MHP tenga una buena razón por la que no le pueda proveer estas alternativas (por ejemplo, hay solamente un proveedor que le pueda ofrecer los servicios que usted necesita).

El MHP deberá darle la oportunidad de cambiar proveedores. Cuando usted requiera cambiar de proveedores, el MHP le deberá dar a escoger al menos entre dos proveedores, a menos que haya una buena razón para negarle.

Asistencia gratis de interpretes y los servicios TTY/TDD están disponibles. Por favor informe a la recepcionista de sus necesidades.

¿Como puedo obtener una copia de la “Lista de Proveedores”?

Usted puede obtener una lista de proveedores en cualquier clínica de MHP, o llamando gratis al (800) 555-5906, o escribiendo el QAPI.

Para requerir un cambio de proveedor complete la forma de la petición que se encuentra en la parte de atrás de este folleto y déselo a la recepcionista o tráigalo o envíelo por correo a:

Mendocino County Mental Health Plan

QAPI Program

1120 South Dora Street

Ukiah, CA 95482

Preguntas y Preocupaciones

Se le recomienda a los pacientes que dialoguen sus servicios de salud mental con su medico u otro proveedor de servicios.

Para asistencia en completar esta forma usted puede contactar:

Defensor de los Derechos de Pacientes
(707) 463-4614

Plan de Salud Mental del Condado de Mendocino (MHP) ofrece asistencia gratuita de interpretación, lenguaje de signos Americano y servicios de difusión de California (TTY/TDD) para los beneficiarios que soliciten o acceso a los servicios.

Estos servicios pueden ser requeridos con cualquier proveedor del Plan de Salud Mental o llamando al 1-800 -555-5906.

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-555-5906（TTY：1-800-735-2929）

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-555-5906 (телетайп: 1-800-735-2929).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرید. (TTY: 1-800-735-2929) همراه می باشد. ب 1-800-555-5906

日本語 (Japanese)

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-555-5906 (TTY:1-800-735-2929) まで、お電話にてご連絡ください。

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें।

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-555-5906 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-735-2929):

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਪਿਆਨੁ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

العربية (Arabic)

كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اصل إذا ملحوظة:
(TTY: 1-800-735-2929) واليكم: رقم هاتف الصم 1-800-555-5906 برقم

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ជំនួយភាសាគឺមិនគិតថ្លៃ
សម្រាប់អ្នកទេ។ 1-800-555-5906 (TTY 1-800-735-2929)

ພາສາລາວ (Lao)

ໂບດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່
ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800555-5906 (TTY: 1-800-735-
2929)

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้
ฟรี โทร 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929)



Salud del Comportamiento y Servicios de Recuperación



P etición para Cambio de Proveedor

FECHA: _____

PARA: Salud Mental QAPI, 1120 S. Dora St, Ukiah, CA 95482

DE: _____

(Nombre del Cliente)

(Padres o Guardián, si la solicitud es para un niño o para un joven)

Por las siguientes razones: _____

El trabajador clínico que actualmente me esta atendiendo es: _____

MARQUE UNO:

- He discutido mis preocupaciones con este trabajador clínico
- No he discutido mis preocupaciones con este trabajador clínico

Yo entiendo que a esta solicitud se le dará una consideración seria y que yo puedo esperar una respuesta dentro de 10 días de trabajo.