

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)

Ուշադրութեամբ խոսեցէ՛ք ինքնուրուիկ հայերէն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրուիլ լեզվախօս անվճար ծառայութիւններ: Զանգահարէ՛ք 1-800-555-5906 (TTY (հեռախոսիչ) 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 اذكر 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)