

Condado de Santa Barbara Departamento de Behavioral Wellness
Pedido para cambiar Proveedor/Clinico de Cuidado

Método de completar esta forma: Por favor complete esta forma con la información solicitada y mandela por correo o entregela a su coordinador de servicios o al Director de el Programa.

Fecha de la petición: _____

Deseo cambiar mi proveedor/clinico: _____
(nombre de el proveedor actual)

por las siguientes razones (opcional): _____

He hablado con mi clinico actual sobre este pedido: Si No

Mi numero de teléfono: _____

Nombre: _____ Firma: _____

**ESTA SECCION ABAJO SER COMPLETADA POR PERSONAL DE LOS
SERVICIOS DE BEHAVIORAL WELLNESS**

Fecha: _____ **Para:** _____

(nombre de el cliente)

Su pedido fue revistado por: _____

La decisión fue hecha de aceptar su pedido de cambio: No Si Fecha efectiva: _____

Si no, las razones son: _____

La respuesta se ha hecho por teléfono _____ /y por carta _____ /fecha _____
para _____

Si Ud. desea apelar ésta decisión marque la caja y firme por debajo y devuelve esta forma al la dirección abajo.
Las apelaciones seran tratadas como una Reclamación Formal. Para mas información, por favor consulte a su
Guía de Servicios para Miembros.

Deseo apelar esta decisión.

Firma: _____

Fecha: _____

Mande por correo a: Asuntos de Beneficiarios, 5385 Hollister Ave. Bldg. #14, Box 102 Santa Barbara, CA 93111