

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, P.O. Box 22514 Santa Barbara, CA 93121**