NTENTAMOS hacer todo lo posible para ayudar. Si no está satisfecho con su proveedor de servicios actual, puede solicitar el cambio de proveedor. Solicitar un cambio de proveedor no afectará negativamente sus servicios del Plan de salud del comportamiento del condado de Fresno.

CÓMO SOLICITAR UN CAMBIO DE PROVEEDOR:

Para solicitar un cambio de proveedor, complete este formulario y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Fresno County
Department of Behavioral Health
P.O. Box 45003
Fresno, CA 93718-9886

Puede buscar un formulario y un sobre en cualquier centro de proveedor.

Si no desea completar este formulario, puede llamar al 1-800-654-3937 como otra opción.

Recibirá una carta tan pronto como recibamos su solicitud de cambio de proveedor.

Haremos todo lo posible para cumplir con su solicitud. Sin embargo, que nos envíe una solicitud no garantiza que cambiaremos su proveedor de servicios. Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una queja.

No será discriminado ni se tomarán represalias contra usted. Podemos ayudarle con el formulario. Podemos guiarle durante el proceso. Podemos brindarle servicios de apoyo, como un intérprete. Si tiene problemas del habla o auditivos, llame al 711 para obtener ayuda.

Formulario de solicitud
de cambio de proveedor
Español 06/2021

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR

DEPARTAMENTO DE SALUD
DEL COMPORTAMIENTO
DEL CONDADO DE FRESNO
1 800-654-3937

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR (imprimir)

Complete los siguientes datos sobre la persona que solicita el cambio de proveedor:

Apellido:	Nombre de pila:	Inicial del segundo nombre:	Esta solicitud está relacionada con: ☐ Servicios de salud mental ☐ Servicios de trastornos de uso de sustancias

Fecha de nacimiento:	Número de teléfono durante el día: ( )	Número de teléfono para mensajes: ( )	Idioma preferido:

Dirección	N.° de unidad	Ciudad/estado:	Código postal:

Si esta solicitud se realiza en nombre de un menor o adulto dependiente, usted es el ☐ Padre/madre ☐ Tutor ☐ Conservador ☐ Otro _____

Información sobre su solicitud de cambio de proveedor:

Nombre de su proveedor actual:

Motivo de la solicitud de cambio de proveedor:

¿Usted realiza la solicitud debido a un problema o es solo su elección? ☐ Problema ☐ Elección

Si hay un problema, ¿lo ha hablado con su proveedor actual?: ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, describa qué se ha hecho para intentar resolver el problema.

Nombre en letra de imprenta:	Firma:	Fecha solicitada: