

**如果您需要協助以完成該表格：**

- 您可要求任何心理健康計畫工作人員協助您。

- 您可致電 Member Services ( 會員服務部 ) 。  
(916) 875-6069

免費電話 1-888-881-4 881  
TDD 711

- 您可致電 Patient Rights Advocate 。  
(916) 333-3800

**Sacramento County  
Board of Supervisors**

Phil Serna, 1<sup>st</sup> 區

Patrick Kennedy, 2<sup>nd</sup> 區

Rich Desmond, 3<sup>rd</sup> 區

Sue Frost, 4<sup>th</sup> 區

Don Nottoli, 5<sup>th</sup> 區

**Acting County Executive**

Ann Edward

**Department of Health Services**

Chevon Kothari, 總監

**Division of Behavioral Health**

Ryan Quist, Ph.D., 總監

Sacramento County MHP 遵守適用的聯邦民  
權法，不基於種族、膚色、民族血統、年  
齡、殘疾與否或性別而對病患進行歧視。

出版自：

The County of Sacramento  
Division of Behavioral Health

Sacramento County Mental Health Plan  
Quality Management, Member Services  
7001A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823

Sacramento County Mental Health Plan  
Quality Management – Member Services  
7001-A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823



**Sacramento County**

( 薩克 拉門托縣 )

**Mental Health Plan**

( 心理 健康計畫 )

**提供者更換**

**申請書**

Request for Change of Provider - Chinese

需要  
郵票

# 提供者更換申請書

注意：申請更換機構內的提供者或轉至另一機構不會對您的  
Sacramento County Mental Health Plan 相關服務產生不利影響

請列印或書寫清楚。

日期： \_\_\_\_\_ 服務地點： \_\_\_\_\_

客戶姓名： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_

如果客戶為未成年人，請寫上  
代表該未成年人填寫此表的法定監護  
人的姓名：

\_\_\_\_\_

地址（市/州/郵遞區號）： \_\_\_\_\_

電話號碼（請註明最佳致電時間）： \_\_\_\_\_

1. 我申請更換： 服務人員  醫務人員  機構

2. 請描述申請更換的原因：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 您是否已與您的服務提供者討論過您的疑慮？

是 請描述您為嘗試解決問題已採取的措施及其結果：

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

否

我瞭解我將在三十(30)個自然日內取得有關此申請的聯繫。

申請人簽名： \_\_\_\_\_

今日日期： \_\_\_\_\_