



کانتی ساکرامنتو  
برنامه سلامت روانی

درخواست تغییر  
ارائه دهنده

درخواست تغییر ارائه دهنده – Farsi

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

Stamp  
Required

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

اگر برای پرکردن این فرم به کمک نیاز دارید:

• می‌توانید از کارمندان برنامه سلامت روانی بخواهید شما را کمک کنند.

• می‌توانید با خدمات عضو تماس بگیرید.  
(916) 875-6069

شماره رایگان 1-888-881-4 881  
711 TDD

• می‌توانید با وکیل حقوق بیماران تماس بگیرید.  
(916) 333-3800

کانتی ساکرامنتو  
هیئت مشاوران

Phil Serna، اولین ناحیه  
Patrick Kennedy، ناحیه 2ام  
Rich Desmond، ناحیه 3ام  
Sue Frost، ناحیه 4ام  
Don Nottoli، ناحیه 5ام

مدیر اجرایی عملیاتی کانتی  
Ann Edwards

اداره خدمات بهداشتی

Chevon Kothari، MSW، مدیر

بخش سلامت رفتاری

Ryan Quist، دکتر، مدیر خدمات سلامت رفتاری

MHP کانتی ساکرامنتو قوانین حقوق مدنی فدرال مربوطه را رعایت می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی، یا جنسیت، تبعیضی قائل نمی‌شود.

منتشر شده توسط:

بخش سلامت رفتاری کانتی  
وتنمارکاسد

5/10/2021

## درخواست تغییر ارائه دهنده

نکته: درخواست تغییر ارائه دهنده در این اداره یا اداره دیگر هیچ اثر منفی برای خدمات شما در برنامه سلامت روانی کانتی ساکرامنتو ندارد

### لطفاً بصورت خوانا چاپ کنید یا بنویسید.

تاریخ: \_\_\_\_\_ مکان خدمت: \_\_\_\_\_

نام مشتری: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_

اگر مشتری فرد صغیر است، نام سرپرست قانونی  
پرکردن از طرف فرد صغیر را وارد کنید: \_\_\_\_\_

آدرس (شهر/ایالت/کد پستی): \_\_\_\_\_

شماره تلفن (لطفاً بهترین زمان برای برقراری تماس را مشخص کنید): \_\_\_\_\_

1. تغییر زیر را درخواست دارم:  کارمند خدماتی  کارمند پزشکی  اداره

2. لطفاً دلیل(های) ارائه درخواست تغییر را توضیح دهید:

3. آیا درباره مسائل خود با ارائه دهنده خدمات خود صحبت کرده‌اید؟

بله لطفاً کاری که برای حل مشکل انجام داده‌اید را توضیح دهید و نتایج را ذکر کنید:

خیر

درک می‌کنم که درباره این درخواست ظرف سی (30) روز تقویمی با من تماس گرفته خواهد شد

امضاء شخص

درخواست دهنده: \_\_\_\_\_

تاریخ امروز: \_\_\_\_\_