



COUNTY OF COLUSA DEPT. OF BEHAVIORAL HEALTH

CHANGE OF PROVIDER REQUEST FORM

Client Name: _____ Date of Birth: _____

Requesting a change of provider in the below service:

- Therapy
- Rehabilitation
- Case Management/Linkage
- FSP Facilitator
- Parent Partner

Current Provider's Name: _____

Reasons for Change of Provider Request: _____

- Current provider notified of my request
- I prefer not to discuss this request with my current provider
- I would like the Patient Rights Advocate to contact me regarding the reason for my change of provider request

Client Signature: _____ Date: _____

Information below this line completed by CCDBH Access Team only.

- Request received: In Person Phone Call Voicemail
- Request approved. Assigned to: _____
- Request denied due to: _____

Access Team Member Signature: _____ Date: _____

<p>Colusa County Department of Behavioral Health Change of Provider Request Form</p>	<p>Client Name: _____ Client Number: _____</p>
--	--



DEPARTAMENTO DE SALUD DE COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE COLUSA

FORMA PARA CAMBIAR TERAPISTA O DOCTOR

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Solicitar un cambio de proveedor en el siguientes servicio:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia | <input type="checkbox"/> Facilitador de FSP |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Socio Principal |
| <input type="checkbox"/> Gestión de casos/Vinculación | |

Nombre del proveedor actual: _____

Razones para el cambio de solicitud de proveedor: _____

- Proveedor actual notificado de mi solicitud
- Prefiero no discutir esta solicitud con mi proveedor actual
- Me gustaría que el Defensor de los Derechos del Paciente se ponga en contacto conmigo con respecto a la razón de mi cambio de solicitud de proveedor

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Información debajo de esta línea completada por CCDBH Access Team solamente.

- Request received: In Person Phone Call Voicemail
- Request approved. Assigned to: _____
- Request denied due to: _____

Access Team Member Signature: _____ Date: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD DE
COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE COLUSA
FORMA PARA CAMBIAR TERAPISTA O DOCTOR

Nombre del Cliente: _____

Número del Cliente: _____