



CHANGE OF PROVIDER REQUEST

Return completed form to the receptionist, or

Mail to:
Grievance Coordinator
2227 Capricorn Way
Santa Rosa CA 95407-5419

Phone: 707-565-7895/1-800-870-8786
TTY: 711

CLIENT RIGHTS

As a client of Sonoma County Behavioral Health (SCBH), you are entitled to:

- Be treated with dignity, respect and the utmost consideration for your privacy;
- Services provided in a safe environment;
- Request free interpreter services;
- Receive information on treatment options and alternatives, presented in a language and format you can understand;
- Request a change of provider, a second opinion, or a change in level of care;
- Participate in decisions regarding your health care, including the right to refuse treatment;
- Request and receive a copy of your medical records upon request (costs may apply) and ask that they be amended;
- Authorize a person to act on your behalf during the grievance, appeals or State Hearing process;
- Be free from any form of restraint or seclusion used as a means of coercion, discipline, convenience or retaliation;
- File a grievance, and SCBH clients with Medi-cal can file an appeal, expedited appeal, or a request for a State Hearing without retaliation.

Sonoma County Department of Health Services - Behavioral Health Division: Mental Health Services
CHANGE OF PROVIDER REQUEST

To request a change in your current provider, return this completed form to the receptionist, your case manager, or mail to: Grievance Coordinator, 2227 Capricorn Way, Santa Rosa, CA 95407-5419. Every effort will be made to accommodate your request. You will receive a decision within 10 business days from receipt of the request. Sonoma County Behavioral Health cannot guarantee that your provider will be changed. If you need assistance with completing this form you may ask any Behavioral Health staff or call 707-565-7895.

Date: _____ Service Location: _____ Provider Name: _____

Client Name: _____ Birth Date: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone Number (_____) _____ Email: _____

Best Time(s) to Call: _____ Contact Preference: Phone Email Mail

Please select the reason(s) for requesting a change:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Time/Schedule Change | <input type="checkbox"/> More Compatible Personality | <input type="checkbox"/> Not Helpful |
| <input type="checkbox"/> Location Change | <input type="checkbox"/> More Culturally Sensitive | <input type="checkbox"/> Insensitive/Unsympathetic |
| <input type="checkbox"/> Language Preference | <input type="checkbox"/> Treatment Concerns | <input type="checkbox"/> Not Professional |
| <input type="checkbox"/> Gender Preference | <input type="checkbox"/> Medication Concerns | <input type="checkbox"/> Doesn't Listen |
| <input type="checkbox"/> Age Preference | <input type="checkbox"/> Not Receptive to Concerns | <input type="checkbox"/> I do not want to give a reason |
| <input type="checkbox"/> Format Preference
(telehealth/in-person) | <input type="checkbox"/> Delay/Lack of Response | <input type="checkbox"/> Other |
| | <input type="checkbox"/> Lack of Trust | |

Please describe the reason(s) for requesting the change:

How many times has the client seen the current provider? 1 time 2-3 times More than 3 times

Has the concern been discussed with the current provider? Yes No

Signature of Person making request: _____ Self Parent Guardian

Phone Number of person making request if not client: _____

CHANGE OF PROVIDER REQUEST

RECEIPT OF CHANGE OF PROVIDER REQUEST (FOR MENTAL HEALTH PLAN USE ONLY)

To be completed by receiving staff:

Received by: _____ Date: _____ Program Name: _____

To be completed by Program Manager/Specialist (PM/Spc):

PM/Spc Name: _____ Date received by PM/Spc: _____ Decision: Approved Denied

Reason for Decision:

Next Appointment Date & Time: _____ New Provider Name (if applicable): _____

Date Communicated to Client: _____ Date Communicated to Impacted Providers: _____



LANGUAGE ASSISTANCE TAGLINES

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-870-8786 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-870-8786 (TTY: 711). These services are free of charge.

(Arabic) بالعربية الشعار

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-870-8786. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة. هذه الخدمات مجانية. (TTY: 711) والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-870-8786 (TTY: 711) مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

Ուժեղ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-870-8786 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-870-8786 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ហ្គាសម្ពាសជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-870-8786 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-870-8786 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-870-8786 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-870-8786 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

(Farsi) مطلب به زبان فارسی

تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات (TTY: 711) توجه: اگر می‌خواهید به زبانی خود کمک دریافت کنید، با 1-800-870-8786 (TTY: 711) مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-870-8786 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند (711).

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-870-8786 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-870-8786 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-870-8786 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-870-8786 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-870-8786 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-800-870-8786 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-870-8786 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-870-8786 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໂລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕຮິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-870-8786 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-870-8786 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-870-8786 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-870-8786 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-870-8786 (линия ТTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-870-8786 (линия ТTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-870-8786 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-870-8786 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-870-8786 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-870-8786 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-870-8786 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-870-8786 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-870-8786 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-870-8786 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.