



## **Dịch Vụ Phục Hồi Sức Khỏe Hành Vi (BHRS)**

### **Đơn yêu cầu thay đổi người cung cấp dịch vụ**

Là một thân chủ/ bệnh nhân của BHRS, quý vị được khuyến khích để thảo luận bất kỳ vấn đề gì hoặc mối bận tâm nào liên quan đến việc điều trị với người cung cấp dịch vụ của quý vị (như cán sự viên, chuyên viên trị liệu, nhân viên xã hội, y tá hoặc bác sĩ/ bác sĩ tâm thần) hoặc với Người quản lý chương trình hoặc Giám sát cơ sở nơi quý vị nhận các dịch vụ điều trị. Nếu quý vị vẫn cảm thấy không hài lòng, quý vị có quyền yêu cầu đổi người cung cấp dịch vụ và/hoặc gửi đơn than phiền. Chương Trình Quản Lý Chất Lượng (QM) và/ hoặc Hội Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân luôn sẵn sàng giúp đỡ quý vị về việc thay đổi người cung cấp dịch vụ hoặc gửi đơn than phiền. Vui lòng liên hệ Chương Trình QM theo số (415) 473-2887 hoặc Hội Bảo Vệ Quyền Lợi Bệnh Nhân theo số (415) 473-2960.

### **Để yêu cầu thay đổi người cung cấp dịch vụ**

1. Vui lòng điền vào đơn này và gửi đơn lại cho nhân viên thường trực; họ sẽ chuyển đơn đến Người quản lý hoặc Giám sát chương trình.
2. Người quản lý hoặc Giám sát chương trình sẽ xem xét yêu cầu của quý vị, cố gắng hết sức để nuông chiều sự yêu cầu và trả lời quý vị trong vòng 10 ngày làm việc.

Tên thân chủ/bệnh nhân \_\_\_\_\_

Nếu bệnh nhân là trẻ em, tên của phụ huynh hoặc người giám hộ \_\_\_\_\_

(Các) Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ \_\_\_\_\_

Thành phố/ Tiểu bang/ Mã vùng \_\_\_\_\_

Tên họ của người cung cấp dịch vụ hiện tại \_\_\_\_\_

**Tùy không bắt buộc** – Lý do về việc yêu cầu thay đổi người cung cấp dịch vụ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tôi đã thảo luận các vấn đề này với người cung cấp dịch vụ hiện tại của mình: Có  Không

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**Nộp đơn than phiền:**

**ĐỪNG** sử dụng đơn này. Thay vào đó, xin vui lòng trực tiếp liên hệ với Chương Trình QM hoặc điền vào Đơn Than Phiền có sẵn ở sảnh chờ của mỗi phòng khám hoặc khu vực chờ đợi chung của chương trình.

-----  
**CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG**

Date Received: \_\_\_\_\_  Provider changed  Change of provider denied.

Reason: \_\_\_\_\_ Date client notified: \_\_\_\_\_

New Provider Name: \_\_\_\_\_ Medical Director Approval Signature: \_\_\_\_\_

Gửi một bản sao của Đơn yêu cầu thay đổi người cung cấp dịch vụ đến:

County of Marin Department of Health & Human Services  
Marin Mental Health Plan/Quality Management Program  
20 N. San Pedro Rd., San Rafael, CA 94903