



COUNTY OF COLUSA

DEPT. OF BEHAVIORAL HEALTH

DOCUMENTS TO BE PROVIDED TO ALL CLIENTS AT TIME OF ACCESS TO BEHAVIORAL HEALTH SERVICES

CLIENT IS IN RECEIPT OF THE BELOW MARKED ITEM(S):

- _____ BENEFICIARY HANDBOOK – Our Beneficiary Booklet provides information about the services we provide. We encourage you to read it in full. Our Beneficiary Booklet is subject to change. If we have significant changes in our Beneficiary Booklet you will be notified at least 30 days before the intended effective date of the change by mail. If you have any questions about our Beneficiary Booklet, please contact Colusa County Department of Behavioral Health by phone (530) 458-0520 or by mail: 162 East Carson St., Colusa CA 95932
- _____ CCDBH MEMBER SERVICES GUIDE
- _____ CLIENT CODE OF CONDUCT
- _____ PROBLEM RESOLUTION GUIDE
- _____ GRIEVANCE/APPEAL FORM
- _____ YOUR RIGHT TO MAKE DECISIONS ABOUT MEDICAL TREATMENT
- _____ ADVANCE DIRECTIVE INFORMATION
- _____ LIST OF PROVIDERS IN COLUSA COUNTY
- _____ CHANGE OF PROVIDER REQUEST FORM
- _____ CLIENT DECLINED ALL DOCUMENTS
- _____ **I have been verbally informed that I can request these forms again at any time**

Client Signature

Date

(Official Use Only)

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

To be completed only if a signature is not obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the individual's acknowledgement and the reasons why the acknowledgement was not obtained: _____

Signature of Representative

Date

Colusa County Department of Behavioral Health
Client Acknowledgement of Receipt

Client Name: _____
Client Number: _____



DEPARTAMENTO DE SALUD DE COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE COLUSA

DOCUMENTOS A PROVEERSE EN CUANTO QUE EL CLIENTE SE PONGA EN CONTACTO CON NOSOTROS

EL CLIENTE ESTÁ EN RECEPCIÓN DE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS MARCADOS:

- _____ HANDBOOK DE BENEFICIARIO – Nuestro librito para beneficiarios provee informes sobre los servicios que proveemos. Le invitamos a leerlo todo. El librito de beneficiarios es sujeto a cambiarse. Si tenemos cambios significativos en el librito, le avisaremos por correo cuando menos 30 días antes de que el cambio tome efecto. Si Ud. tiene preguntas acerca de este librito, favor de ponerse en contacto con El Depto. de Salud Comportamiento del Condado de Colusa por teléfono (530) 458-0520 o por correo: 162 East Carson St., Colusa CA 95932
- _____ CCDBH GUÍA DE SERVICIOS PARA MIEMBROS
- _____ GUÍA PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
- _____ CÓDIGO DE CONDUCTA DEL CLIENTE
- _____ FORMULARIO DE QUEJA Y/O APELACIÓN
- _____ DECLARACIÓN DEL DERECHO QUE UD TIENE PARA HACER DECISIONES ACERCA DE SU TRATAMIENTO MEDICO
- _____ INFORMACIÓN SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS
- _____ LISTA DE PROVEEDORES EN CONDADO DE COLUSA
- _____ FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR
- _____ CLIENTE DECLINED TODOS LOS DOCUMENTOS
- _____ **Cliente he sido enterado de que puedo pedir estas formas cuandoquiera**

Firma del Cliente

Fecha

(Uso Oficial Solamente)

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER RECONOCIMIENTO

Para completarse solamente si no es posible obtener una firma. Si no es posible obtener este reconocimiento, describa los esfuerzos hechos de buena fe para obtener el reconocimiento del individuo y las razones por las cuales no se pudo obtener la firma: _____

Firma del Representante

Fecha

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE
COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE COLUSA
RECONOCIMIENTO DE RECIBO POR
PARTE DEL CLIENTE**

Nombre del Cliente: _____

Número del Cliente: _____