



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(s):

- | | |
|--|--|
| ☐ Case Management | ☐ FSP/Wraparound |
| ☐ Peer Support | ☐ Medication Management |
| ☐ Rehabilitation | ☐ Therapy |

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 CCBH Staff only. -----

- ☐ Request received: In Person Phone Call Voicemail
- ☐ Is this client's chart sequestered: Yes No
- ☐ Request approved. Assigned to: _____
- ☐ Request denied due to: _____

CCBH Staff Signature: _____ Date: _____

Colusa County Department of Behavioral Health
Change of Provider Request Form

Client Name: _____
Client Number: _____



CONDADO DE COLUSA DEPT. DE SALUD MENTAL

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Solicitar un cambio de proveedor en los siguientes servicios:

- | | |
|--|--|
| ☐ Gestión de casos | ☐ Facilitador de FSP/Wrap |
| ☐ Apoyo entre pares | ☐ Medicación |
| ☐ Rehabilitación | ☐ Terapia |

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 CCBH solamente.

- ☐ Solicitud recibida: En Persona Llamada Buzón de Voz
- ☐ ¿Está privado el gráfico de este cliente?: Sí No
- ☐ Solicitud aprobada. Asignado a: _____
- ☐ Solicitud denegada debido a: _____

CCBH Firma del personal: _____ Fecha: _____

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

Nombre del Cliente: _____

Número del Cliente: _____