



AGENCIA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE SHASTA  
2640 Breslauer Way  
Redding, CA 96001  
www.shastahhsa.net

Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Shasta  
Attn. Compliance & Quality Improvement  
P.O. Box 496005  
Redding, CA 96049-6005

## ¿QUÉ SUCEDE A CONTINUACIÓN?

Le enviaremos una carta dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha en que recibimos su formulario.

*Para verificar su formulario, llame al 530-245-6750 o al 1-888-385-5201.*

Nuestro coordinador de la ADA puede ser contactado mediante:

530-225-5515 (teléfono)  
530-225-5345 (fax)  
Sistema de retransmisiones de California: 711

Si tiene preguntas, comuníquese con Managed Care al 530-245-6750 o al 1-888-385-5201



Shasta County  
**Health & Human  
Services Agency**

Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Shasta  
2640 Breslauer Way  
Redding, CA 96001  
www.shastahhsa.net

Revised 10/2023

## Solicitud de Cambio de Proveedor

(incluye solicitud de proveedor relacionado con una cultura específica)

**Si no está satisfecho con su proveedor de servicios, demos ayudarlo.**

Para obtener ayuda llame al:  
**(530) 245-6750**

## ¿POR QUÉ SOLICITAR CAMBIAR PROVEEDORES?

Puede pedir cambiar a su proveedor si no está satisfecho con este.

## CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD

Complete este formulario o cuéntenos al respecto. Para comunicarse con nosotros, llame al 530-245-6750 o al 1-888-385-5201. Puede enviar el formulario por correo a la dirección que figura al dorso o dárselo a su profesional de atención médica.

*Le garantizamos un trato justo durante este proceso.*

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS

Puede solicitar ayuda para completar este formulario o hacer que alguien lo haga por usted. Le garantizamos un trato justo en caso de presentar este formulario.

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (hogar) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

Idioma que habla: \_\_\_\_\_

Nombre del médico clínico o coordinador personal de servicios actual: \_\_\_\_\_

Describa por qué quiere cambiar a su proveedor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No se han satisfecho las necesidades culturales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No se han satisfecho las necesidades de género: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha hablado con su profesional de atención médica actual sobre sus necesidades?

(Seleccione una opción)

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_