



Formulario de Solicitud para Cambio de Proveedor – SPC Centro de Consejería

Para solicitar el cambio de su proveedor actual, por favor complete las secciones 1 y 2 de este formulario y entréguelo en persona a un representante del personal administrativo, o envíelo por correo electrónico al Director del Programa a SPCDirector@didihirsch.org. Haremos todo lo posible para poder acomodar su solicitud. Un representante de la agencia se comunicará con usted en relación a su solicitud dentro de 5 días laborables.

Sección 1: Información de su Proveedor Actual

Fecha de Solicitud: _____ Ubicación de Servicio: ☐ Olympic ☐ Condado de Orange

Nombre de su Proveedor Actual: _____

Sección 2: Información del Cliente

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono: _____

Por favor seleccione la(s) razón/razones por la que solicita el cambio:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Programación de citas | ☐ Desacuerdos en el tratamiento | ☐ No me siento cómodo(a) |
| ☐ Idioma | ☐ Falta de ayuda en el tratamiento | ☐ Insensible/incompasivo(a) |
| ☐ Diferencia de edad | ☐ Género | ☐ Falta de profesionalismo |
| ☐ Provee servicios a otro miembro de la familia | ☐ Razones culturales | ☐ No hay un vínculo entre el cliente y proveedor |
| ☐ No me gustaría dar una razón | | |
| ☐ Otro (opcional): _____ | | |



¿Ha comunicado sus inquietudes con su proveedor actual? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, por favor indique lo que ha hecho para resolver el problema:

Al completar esta solicitud, entiendo que un representante de la agencia se comunicará conmigo dentro de 5 días laborables. Prefiero ser contactado(a) a través de:

☐ Correo Postal ☐ Teléfono ☐ Correo Electrónico

Si esta solicitud fue completada para el cambio de proveedor de un menor de edad o adulto dependiente, por favor identifique su relación con el paciente:

☐ Padre/Madre ☐ Guardián ☐ Conservador

Nombre de la Persona realizando la Solicitud:

Sección 3: Recibo de Solicitud de Cambio de Proveedor **Solo para uso interno**

Recibido por: _____ Fecha: _____ Se entregó una copia: ☐ Sí ☐ No

Sección 4: SOLO PARA USO AUTORIZADO

¿La solicitud fue otorgada? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta fue no, indique la razón del rechazo de la solicitud:

Si la respuesta fue sí, indique el nombre del nuevo proveedor asignado:

Notifiqué al cliente a través de: ☐ Correo Postal ☐ Teléfono ☐ Correo Electrónico

Fecha en que el cliente fue contactado: _____ Contactado por: _____