



# COUNTY OF YOLO

Health & Human Services Agency  
Behavioral Health

## ЗАПРОС НА КОНСУЛЬТАЦИЮ С ДРУГИМ СПЕЦИАЛИСТОМ

MR# \_\_\_\_\_  
Для Служебных Отметок:

Как бенефициарий Medi-Cal, вы имеете право запросить, чтобы План Психического Здоровья (МНР) назначил консультацию на второе мнение о вашем диагнозе психического здоровья. Для того чтобы подать запрос, вы можете позвонить представителю округа Йоло по телефону (888) 965-6647 или подать запрос в письменном виде по адресу 137 N. Cottonwood St., Woodland, CA 95695.

МНР обеспечит консультацию на второе мнение лицензированным специалистом в области психического здоровья, нанятым сотрудником, законтрактованным сотрудником или доступным сотрудником МНР, когда МНР или его поставщики решат, что бенефициарий не соответствует медицинским критериям необходимости, поэтому, не наделен правом ни на какие специализированные психиатрические услуги от МНР. МНР должен определить, требует ли консультация на второе мнение личной встречи с бенефициарием.

Пожалуйста, заполните эту форму в своих собственных словах. Если вы нуждаетесь в помощи с заполнением формы, пожалуйста, свяжитесь с вашим терапевтом или врачом, Отделом Управление Качества по телефону (530) 666-8788 или с Офисом Прав Пациентов по телефону (800) 970-5816. пожалуйста, отправьте заполненную форму Отделу Управление Качества по адресу 137 N Cottonwood St., Suit 2500, Woodland, CA 95695, или по факсу (530) 666-8637

**Примечание:** бенефициарий не подвергнется дискриминации или любому другому штрафу за запрос на консультацию второго мнения.

**Почему вы первоначально обращались за помощью от Охраны Психического Здоровья Службы Здравоохранения и Социального Обеспечения округа Йоло?**

**В какой клиники или поставщика вы получали услуги?**

**Почему вы подали запрос на консультацию на второе мнение?**

**Вы получали Уведомление относительно к данному вопросу?**     Да     Нет

Дата Запроса \_\_\_\_\_

Подпись Бенефициария (Клиента) \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Имя Бенефициария (Клиента) \_\_\_\_\_

Дата Рождения \_\_\_\_\_ Номер Телефона \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый Индекс \_\_\_\_\_