



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
162 East Carson St., Suite A, Colusa CA 95932
530-458-0520
- _____ CCDBH MEMBER SERVICES GUIDE
- _____ PROBLEM RESOLUTION GUIDE
- _____ GRIEVANCE/APPEAL FORM
- _____ YOUR RIGHT TO MAKE DECISIONS ABOUT MEDICAL TREATMENT
- _____ 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
162 East Carson St., Suite A, Colusa CA 95932
530-458-0520

_____ CCDBH GUÍA DE SERVICIOS PARA MIEMBROS

_____ GUÍA PARA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

_____ FORMULARIO DE QUEJA Y/O APELACIÓN

_____ DECLARACIÓN DEL DERECHO QUE UD TIENE PARA HACER DECISIONES ACERCA DE SU TRATAMIENTO MEDICO

_____ 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: _____
---	--