



Usted puede solicitar Condado de Santa Cruz Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias

considerer si, en ausencia de servicios continuos con su proveedor, sufriría perjuicios graves para su salud, o estaría en riesgo de hospitalización o institucionalización.

¿Cómo Sé si Califico?

- ◆ Si ya está recibiendo tratamiento para la condición identificada y:
- ◆ Si se han cumplido los criterios de necesidad médica;
- ◆ Si su proveedor califica y está dispuesto a trabajar con el Condado;
- ◆ Si usted está en riesgo de sufriendo perjuicios graves para su salud si la relación con el proveedor termina abruptamente.
- ◆ Si se cumplen todos los criterios anteriores, es posible que puede Usted continuar el cuidado con su proveedor durante 3-12 meses, según la necesidad.

Cuando Haya Completado el Formulario

Entrega Usted el formulario completo a la recepción en la clínica donde Ud. recibe servicios. O, puede enviarlo por correo a:

Condado de Santa Cruz
 Departamento de Mejora de la Calidad
 1400 Emeline Avenue
 Santa Cruz CA 95060

Quality Improvement Department
 Santa Cruz County Behavioral Health Services
 PO Box 962
 Santa Cruz, CA 95061



CONDADO DE SANTA CRUZ

Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias



PARA NIÑOS Y ADULTOS

**Transición /
 Continuidad
 de Cuidado
 Petición**



**Llamada Gratuita
 1-800-952-2335
 Se hablan varios idiomas**

Todos los beneficiarios elegibles de Medi-Cal que cumplan con los criterios de necesidad médica para los Servicios de Salud Mental Especializada y / o el Plan de Drogas Medi-Cal Sistema de Entrega Organizada (DMC-ODS) tienen el derecho de solicitar la continuidad del cuidado si Usted ya tiene un relación con un proveedor elegible.

Atentamente: Departamento de Mejoramiento y Calidad Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias

Transición / Continuidad de Cuidado Petición

Nombre del cliente:	Fecha de Nacimiento:	Fecha:
Dirección:		Teléfono:
Nombre del Padres / Guardián (si es menor de 18 años):		
Soy un menor elegible que ha dado mi consentimiento a mi propio cuidado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de su Proveedor Actual:		
Dirección y Teléfono de su Proveedor Actual:		
<p>Solicito mantener mi proveedor actual. Entiendo que debo ser beneficiario de Medi-Cal. Entiendo que, si se cumplen todos los criterios, es posible que se me permita mantener mi proveedor actual durante 3-12 meses. Entiendo que tendré que transferir mi cuidado a un proveedor con el red de proveedores del Condado de Santa Cruz Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias.</p>		
Razones de solicitud (¿Por qué necesita mantener a su proveedor actual?):		
Firma: _____ Nombre Impreso: _____ Fecha: _____		
<p>Al hacer esta solicitud, autorizo el Condado de Santa Cruz Salud Mental y Tratamineto del Uso de Sustancias para ponerse en contacto con mi proveedor actual obtener información para tomar una decisión informada sobre mi solicitud de Continuidad de Cuidado.</p> <p>Le haremos saber que hemos recibido su solicitud en un plazo de 3 días hábiles.</p>		

Sólo para Uso de la Oficina

Date Received:	Date Resolved:	Resolved by:
Resolution:		
Prior Relationship Exists: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Provider Meets Standards: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Provider agrees to contract: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Medical Necessity Criteria Met: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Serious Risk Criteria Met: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Denial NOABD Sent: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		