

**COUNTY OF SOLANO
DEPARTMENT OF HEALTH & SOCIAL SERVICES
MENTAL HEALTH DIVISION**

Acknowledgement of Receipt

I have received the following items at the start of service with this Provider. In addition, I understand that I may receive any of the following information upon request. I have also been informed that alternative formats are available and have been given information on how to access these formats:

Initial all that apply	Document Provided		
	<p>Mental Health Service Provider Notice of Privacy Practices The Notice of Privacy Practices tells you how your Mental Health Service Provider may use or disclose information about you. Not all situations will be described. As your Mental Health Service Provider, we are required to give you a notice of our privacy practices for the information we collect and keep about you.</p>		
	<p>Solano County MHP "Guide to Medi-Cal Mental Health Services" The MHP "Guide to Medi-Cal Mental Health Services" contains information on how a member is eligible for mental health services, how to access mental health services, who our service providers are, what services are available, what your rights are, our Grievance and State Fair Hearing process and includes important phone numbers regarding our Mental Health Plan.</p>		
	<p>Advance Directive Fact Sheet The Advance Directive Fact Sheet explains your rights to make decisions about your medical treatment. It includes how to appoint a health care agent who can make decisions on your behalf and how to change your directives at anytime.</p>	Do you have an Advance Directive?	Please circle one: Yes No N/A
		If Yes, can you provide a copy for our Medical Records?	Please circle one: Yes No N/A
	<p>Solano County MHP Provider List The MHP Provider List is a list of MHP Providers in our community. You may contact the MHP Access Unit at 1-800-547-0495 for further information regarding this list of Providers.</p>		
	<p>Beneficiary Rights and Problem Resolution Guide The Beneficiary Rights and Problem Resolution Guide provides beneficiaries with information on how to use the Problem Resolution Process including filing a grievance, appeal or expedited appeal and requesting a State Fair Hearing.</p>		

I, _____, (Print Client Name) have been given a copy of the above-initialed documents and have had a chance to ask questions regarding these documents.

Client Signature:	Client Number:	Date:
Signature of Legal Representative of Client (If applicable):	Relationship to Client:	Date:

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD
DEL CONDADO DE SOLANO DIVISIÓN DE SALUD MENTAL**

Acuse de recibo

Cuando este proveedor comenzó a prestar sus servicios, recibí los siguientes artículos. Además, entiendo que puedo recibir cualquier información de la siguiente si así lo deseo. Yo también he sido informado que formatos alternativos están disponibles y han sido dado información en cómo conseguir acceso a estos formatos:

Firme con sus iniciales todo lo que corresponda	Documento entregado					
	<p>Notificación de Prácticas de Privacidad del Proveedor de Salud Mental La Notificación de Prácticas de Privacidad le informa de qué manera el Proveedor de Salud Mental puede usar o divulgar información acerca de usted. No se describirán todas las situaciones. Proveedor de Salud Mental debe brindarle una notificación de nuestras prácticas de privacidad para la información que reunimos y guardamos sobre usted.</p>					
	<p>“Guía para los servicios de salud mental de Medi-Cal” del Plan de Salud Mental (Mental Health Plan, MHP) del Condado de Solano La “Guía para los servicios de salud mental de Medi-Cal” del MHP contiene información sobre cómo un miembro es elegible para los servicios de salud mental, cómo acceder a los servicios de salud mental, quiénes son nuestros proveedores de servicios, qué servicios están disponibles, cuáles son sus derechos, nuestro proceso de Quejas y Audiencia Estatal Imparcial, e incluye números de teléfono importantes relacionados con nuestro Plan de Salud Mental</p>					
	<p>Hoja informativa sobre las directivas anticipadas La hoja informativa sobre las directivas anticipadas le explica sus derechos para tomar decisiones sobre su tratamiento médico. Incluye información sobre cómo nombrar un agente para el cuidado de la salud que pueda tomar decisiones en su nombre y cómo cambiar las directivas en cualquier momento.</p>	<p>¿Tiene una directiva anticipada?</p>	<p align="center">Encierre con un círculo una opción:</p> <table border="1"> <tr> <td align="center">Si</td> <td align="center">No</td> <td align="center">N/A</td> </tr> </table>	Si	No	N/A
Si	No	N/A				
		<p>Si la respuesta es Sí, ¿puede brindarnos una copia para nuestros expedientes médicos?</p>	<p align="center">Encierre con un círculo una opción:</p> <table border="1"> <tr> <td align="center">Si</td> <td align="center">No</td> <td align="center">N/A</td> </tr> </table>	Si	No	N/A
Si	No	N/A				
	<p>Lista de proveedores del MHP del Condado de Solano La lista de proveedores del MHP es una lista de los proveedores del MHP en nuestra comunidad. Puede comunicarse con la Unidad de Acceso del MHP al 1-800-547-0495 para obtener más información acerca de esta lista de proveedores.</p>					
	<p>Guía De Derechos Para Beneficiarios y Resolución de Problemas El Guía De Derechos Para Beneficiarios y Resolución de Problemas proporciona a los beneficiarios con información sobre la manera de navegar el procedimiento de Resolución de Problemas, incluyendo como registrar una queja, apelar una decisión, acelerar una apelación y como solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.</p>					

Yo, _____, (nombre del cliente en letra de imprenta) he recibido una copia de los documentos que firmé con mis iniciales anteriormente y he tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con dichos documentos.

Firma del cliente:	Número de cliente:	Fecha:
Firma del representante legal del cliente (si corresponde):	Relación con el cliente:	Fecha: