LOS ANGELES COUNTY
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

JONATHAN E. SHERIN, M.D., Ph.D., Director
ROBIN KAY, Ph.D., Chief Deputy Director
RODERICK SHANER, M.D., Medical Director

Enter Date

Enter Beneficiary's Name
Enter Address
Enter City, Enter State Enter ZIP Code

ASUNTO: SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR

Estimado/a Enter Sr. or Sra. and Beneficiary's Last Name:

Esto es para confirmar nuestra conversación reciente con respecto a su solicitud de cambio de proveedores. Desafortunadamente, en esta ocasión no podemos acceder a su petición debido a los siguientes razón/ razones:

Enter Reason

Usted tiene una consulta programada con

Nombre: _____
Día: _____
Hora: _____

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse conmigo Enter Phone Number.

Sinceramente,

Enter Program Manager's Name
Enter Program Name

Enter Initial(s)

c:

200.05 - Attachment 2
Response Letter Sample for Change of Provider Request Not Granted