

**INYO COUNTY HEALTH AND HUMAN SERVICES**  
**BEHAVIORAL HEALTH DIVISION**  
**INITIAL PROVIDER SELECTION AND CHANGE IN PROVIDER REQUEST FORM**  
 (Title 9, Chapter 11. Sections 1830.225 (a) (b))

This form may be used for new clients to discuss provider choice with their intake coordinator or if you are currently in treatment and wish to change providers. Please choose two providers for consideration at our treatment team meeting for your provider assignment.

I would like to participate in my treatment planning decisions at the treatment team meeting.

As per Title 9, chapter 11, section 1810.405(e) you are entitled to a free of cost second opinion from a qualified health care professional within or outside the County.

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Linguistic and Cultural Needs: \_\_\_\_\_

**BEHAVIORAL HEALTH PROVIDER LIST AND SPECIALTIES:**

**Psychiatry**

\*Jeanette Schneider, PhD, MD  
 Zaheer Ahmed, PhD, (English, Adults only/telemed)

**Behavioral Health Nursing**

Anita Richardson, RN  
 Wendy Fogelstrom, RN  
 Laura Wiegers, PHN

**Therapists**

Janelle Kent, PCCA  
 Crystal Cox, MFT  
 Chrystina Pope, LMFT  
 Skye Milos, ACSW  
 Michelle Howell, LCSW  
 Jean Sprague, LMFT (Spanish Speaking)  
 Ramona Sanchez, LMFT, LCSW (Contractor)

**Adult / TAY Care Coordinators**

Matthew Blankers, ACSW  
 Lisa Trunnell  
 Peter Charley  
 Vanessa Ruggio  
 Jennifer Ray

**Child and Family Care Coordination**

Carri Coudek

**SUD: Addiction Counselors**

Donna Stephen, CADC II  
 Catie Grisham, CADC II  
 Sheila Turner, CADC II

\*not accepting new beneficiaries

| Requested on | Staff Name | Assigned Staff | Authorized | initials |
|--------------|------------|----------------|------------|----------|
| Date:        | From:      | To:            | Date:      |          |
|              |            |                |            |          |

EL CONDADO DE INYO SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD  
 DIVISION DE SALUD MENTAL  
 SELECCION DE PRIMER PROVEEDOR Y SOLICITACION DE CAMBIAR PROVEEDOR  
 FORMULARIO

(Title 9, Chapter 11. Sections 1830.225 (a) (b))

Esta forma se puede usar para clientes nuevos en discutir la seleccion del proveedor junto con el coordinador de admission, o si ya esta en tratamiento puede usarlo para cambiar proveedores. Por favor de escojer dos proveedores para considarlos en nuestra junta donde el equipo de tratamiento designa su nuevo proveedor.

Yo quiero participar en planear mi tratamiento en la junta del equipo de trataminto .

Por Titulo 9, Capitulo 11, seccion 1810.405(e) usted tiene el derecho recibir una opinion segunda gratis de un professional de la salud dento o fuera del condado de Inyo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Necesidades Culturales y de Idioma: \_\_\_\_\_

**LISTA DE PROVEEDORES Y SUS ESPECIALIDADES:**

**Psiquiatria**

\*Jeanette Schneider, PhD, MD

**Enfermeria De Salud Mental**

Anita Richardson, RN

Wendy Fogelstrom, RN

Laura Wieggers, PHN

**Terapeutas**

Janelle Kent, PCCA

Crystal Cox, MFT

Skye Milos, ACSW

Chrystina Pope, LMFT

Michelle Howell, LCSW

Jean Sprague, LMFT (hispanohablante)

Ramona Sanchez, LMFT, LCSW (Contractor)

**Servicios para adultos**

Matthew Blankers, ACSW

Lisa Trunnell

Peter Charley

Vanessa Ruggio

Jennifer Ray

**Coordinación Infantil E Cuidado De La Familia**

Carri Coudek

**Consejeros de Adiccion**

Donna Stephen CADC II

Catie Grisham, CADC II

Sheila Turner, CADC II

\* No aceptamos nuevos beneficiarios

| Solicitada en | Nombre de Personal | Nombre de Personal | Autorizado | Iniciales |
|---------------|--------------------|--------------------|------------|-----------|
| Fecha:        | A:                 | Desde:             | Fecha:     |           |