

Servicios para niños/adolescentes - Formulario para escoger al proveedor de FBMHS (TMCA)

Nombre del niño: _____ MAID #: _____ Fecha de hoy: _____

Marque con un número el proveedor o los proveedores de la red de quien usted desea recibir los servicios de salud mental proporcionados en familia (FBMHS, por sus siglas en inglés) si estos servicios son aprobados. En esta lista se encuentran todos los proveedores que están dentro de la red y que son aprobados por el condado en donde la asistencia médica de su niño está registrada.

Condados de Franklin/Fulton	
Franklin Family Services 717-267-1515	
Laurel Life Services 717-375-1518	
Momentum Services 717-262-2183	
PA Counseling 717-261-1218	

Marque esta casilla si usted está dispuesto a aceptar el primer proveedor de FBMHS disponible.

Necesidades especiales del miembro (por ejemplo, necesidades auditivas, visuales, inglés comosegundo idioma): _____

Proveedor a quien se le envió la información del referido: _____

Teléfono actual del Miembro/familia #: _____ Tel. alternativo: _____ Mejor hora para llamarle: _____

Firma del Miembro/padre/tutor: _____ Fecha: _____