Nêú quí vị cần người giúp đỡ điền đơn này:

- Quí vị có thể nhờ nhân viên của chương trình sức khoẻ tinh thần (Mental Health Plan) giúp đỡ

- Quí vị có thể gọi điện thoại tới nhân viên điều hành.
  (916) 875-6069
  Số điện thoại miễn phí 1-888-881-4881
  TDD 711

- Quí vị có thể goị điện thoại tới nhân viên biện hộ cho quyền lợi của bệnh nhân.
  (916) 333-3800

Ban Giám Thị Của Quận-Hạt Sacramento
Phil Serna, Vùng 1
Patrick Kennedy, Vùng 2
Rich Desmond, Vùng 3
Sue Frost, Vùng 4
Don Nottoli, Vùng 5

Người Thi Hành Cuả Quận-Hạt
Ann Edwards

Bộ Phận dịch vụ y tế
Chevon Kothari, Giám Đốc

Sư Đoàn Y Tế Tinh Thần
Ryan Quist, Ph.D., Giám Đốc

Sacramento County MHP tuân thủ các luật về quyền công dân liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hoặc giới tính.

Sư Đòan Y Tế Tinh Thần của quận - hạt Sacramento xuất bản vào
5/10/2021

Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management, Member Services
7001A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

Cần Dán Tem

SACRAMENTO COUNTY

Chương Trình Y Tế Tinh Thần Của Quận - Hạt Sacramento

Đơn Khiếu Nại

Thông Thường / Khẩn Cấp

Appeal Form - Vietnamese

Đơn Khiếu Nại

Lưu Ý: Sau khi qúi vị nộp đơn khiếu nại, mọi dịch vụ từ Chương Trình Bệnh Tâm Thần Của Sacramento County sẽ không bị ảnh hưởng. Nếu khiếu nại thông thường, nhân viên điều hành sẽ trả lời cho qúi vị trong vòng (45) bốn mươi lăm ngày hoặc (3) ba ngày làm việc cho khiếu nại khẩn cấp. Nếu đơn khiếu nại khẩn cấp của qúi vị bị từ chối, chúng tôi sẽ gởi thư báo cáo cho qúi vị lại và sau đó thủ tục xét đơn sẽ được xét theo thường lệ. Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp:

☐ Khiếu Nại Thông Thường ☐ Khiếu Nại Khẩn Cấp

Vui lòng viết hoa hoạc rõ ràng.

Ngày: _____ Nơi Phục Vụ: _____

Tên: _____ Ngày Sanh: _____

Nếu qúi vị dưới tuổi vị thành niên, xin điền tên của người giám hộ hợp pháp để đại diện cho qúi vị: _____

Địa Chỉ (Thành Phố /Tiểu Bang /Số Vùng): _____

Số Điện Thoại (Làm Ơn Cho Biết Giờ Naò Gọi Tốt Nhất): _____

1. **Qúi vị khiếu nại về vấn đề gì? Vui lòng trình bày chi tiết.** Nếu cần, viết them vào trang giấy ngoài rời đính kèm.

_____

_____

_____

2. **Nếu quí vị điền vào ô khẩn cấp, vui lòng cho biết lý do tại sao quí vị nghĩ cái đơn khiếu nại này càn phải giải quyết một cách khẩn cấp? Vui lòng trình bày chi tiết. Nếu cần, viết them vào trang giấy ngoài và đính kèm**.

_____

_____

_____

3. **Quí vị có thảo luận những vấn đề này với người phục vụ/cộng tác của quí vị chua (nhân viên phục vụ phối trí, trị liệu viên, chỉ giáo viên, người chuyên trị về tâm thần, v. v. …)? ☐ CÓ RỒI ☐ CHƯA CÓ**

4. **Quí vị muốn đơn khiếu nại của quí vị được giải quyết như thế nào?**

_____

_____

_____

Chữ ký của người khiếu nại: _____ Ngày: _____