

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة لاستكمال هذا النموذج:
يمكنك طلب المساعدة من أي من موظفي
Substance Use Prevention and Treatment
Services.

يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.
(916) 875-6069

رقم الهاتف المجاني 1-888-881-4 881
TDD California Relay Service: 711
يمكنك الاتصال بخدمة دعم حقوق المرضى.
(916) 333-3800

Sacramento County

Board of Supervisors

المنطقة الأولى، Phil Serna
المنطقة الثانية، Patrick Kennedy
المنطقة الثالثة، Rich Desmond
المنطقة الرابعة، Rosario Rodriguez
المنطقة الخامسة، Pat Hume

County Executive

David Villanueva

Department of Health Services Director

Timothy W. Lutz

Division of Behavioral Health Director

Ryan Quist, Ph.D.

تمنثل Sacramento County Substance Use
Prevention and Treatment Services
المدنية القيدالية المعمول بها ولا تُعزّز على أساس العرق أو اللون أو
الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو النوع.

منشور بواسطة:

The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
September 2025



Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services

نموذج الطعن

قياسي / مستعجل

نموذج الطعن - العربية

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services
Quality Management, Member Services
7001A East Parkway, Suite 300
Sacramento, CA 95823

Stamp
Required

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300
Sacramento, CA 95823

نموذج الطعن

ملاحظة: لن يؤثر تقديم الطعن عقب التحديد السلبي للاستحقاقات بشكل سلبي على الخدمات التي تحصل عليها في Substance Use Prevention and Treatment Services لمقاطعة ساكرامينتو. وسوف تصدر خدمات الأعضاء قرارًا في غضون ثلاثين (30) يومًا تقويميًا بشأن الطعن القياسي، أو 72 ساعة بشأن الطعن المستعجل. وفي حالة رفض الطعن المستعجل، سيتم إرسال إخطار كتابي إلى العضو وسوف تبدأ عملية الطعن القياسي.

يرجى وضع علامة في المربع المناسب: ☐ طعن قياسي ☐ طعن مستعجل

يُرجى الطباعة أو الكتابة بخط واضح.

التاريخ: _____ موقع الخدمة: _____

اسم العميل: _____ تاريخ الميلاد: _____

إذا كان العميل قاصرًا، فأدخل اسم الوصي القانوني بالنيابة عن القاصر:

العنوان (المدينة/الولاية/الرمز البريدي): _____

رقم الهاتف (يُرجى تحديد أنسب وقت للاتصال): _____

1. ما هو الطعن؟ يُرجى وصف هذا البند بتفاصيل محددة. أرفق صفحات إضافية عند اللزوم.

2. إذا كنت قد حددت مربع الطعن المستعجل، فما هو السبب في اعتقادك بأن هذا الطعن يجب أن يكون مستعجلًا؟ يُرجى تضمين أكبر قدر ممكن من التفاصيل. أرفق صفحات إضافية عند اللزوم.

3. هل ناقشت هذا الأمر مع موفر الخدمة الخاص بك (منسق الخدمة، المعالج، المستشار، الطبيب النفسي، وما إلى ذلك)؟ ☐ نعم ☐ لا

4. ما الذي تود أن يتم من أجل اتخاذ قرار بشأن هذا الطعن؟

تاريخ اليوم: _____

توقيع مقدم الطعن: _____