

如果您需要協助以完成該表格：  
您可要求任何 Substance Use Prevention  
and Treatment Services 的工作人員協助  
您。

您可致電會員服務部。  
(916) 875-6069

免費電話 1-888-881-4 881  
TDD California Relay Service: 711

您可致電病患權益宣導人。  
(916) 333-3800

**Sacramento County  
Board of Supervisors**

Phil Serna, 1<sup>st</sup> 區  
Patrick Kennedy, 2<sup>nd</sup> 區  
Rich Desmond, 3<sup>rd</sup> 區  
Rosario Rodriguez, 4<sup>th</sup> 區  
Pat Hume, 5<sup>th</sup> 區

**County Executive**

David Villanueva

**Department of Health Services Director**

Timothy W. Lutz

**Division of Behavioral Health Director**

Ryan Quist, Ph.D.

Sacramento County Substance Use Prevention  
and Treatment Services 遵守適用的聯邦民權  
法，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘疾與  
否或性別而歧視病患。

發佈方：

The County of Sacramento  
Division of Behavioral Health  
September 2025



**Sacramento County  
Substance Use  
Prevention and  
Treatment Services**

**上訴  
申請表**

標準/加急  
上訴申請表—英文版

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**

# 上訴 申請表

註釋：不良受益確定後提出申訴不會對您在薩克拉門托縣 Substance Use Prevention and Treatment Services 享受的服務造成負面影響。會員服務部會在三十（30）個自然日內對標準上訴做出答覆，或在 72 小時內對加急上訴做出答覆。如果加急上訴被駁回，一份書面通知將被傳送給會員，且將啟動標準上訴流程。請勾選相應的選項：

☐

標準上訴

☐

加急上訴

請列印或書寫清楚。

日期：\_\_\_\_\_

服務地點：\_\_\_\_\_

客戶姓名：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_

如果客戶為未成年人，請寫上  
代表該未成年人填寫此表的法定監  
護人的姓名：\_\_\_\_\_

地址（市/州/郵遞區  
號）：\_\_\_\_\_

電話號碼（請註明最佳致電時間）：\_\_\_\_\_

1. 您的訴求是什麼？請詳細描述案件。如有需要可另附頁。

---

---

---

2. 若您勾選了加急選項，出於什麼理由使您確信此上訴需要被加急處理？請盡可能多地提供詳細資訊。如有需要可另附頁。

---

---

---

3. 您是否與您的醫療服務提供者（服務協調員、治療師、顧問、心理醫生等）討論過這個問題？ ☐ 是 ☐ 否

4. 您期待上訴能達成怎樣的解決辦法？

---

---

---

建議人簽名：\_\_\_\_\_

今日日期：\_\_\_\_\_