



خدمات پیشگیری و درمان مصرف مواد ساکرامنتو کانتی

فرم تجدید نظر

استاندارد/تسریع شده

فرم تجدید نظر - Farsi

تجدید نظر

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

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

اگر برای تکمیل این فرم به کمک نیاز دارید:
شما می‌توانید از کارکنان خدمات پیشگیری و درمان
مصرف مواد درخواست کنید تا به شما کمک کنند.

شما می‌توانید با بخش خدمات اعضا (Member Services)
تماس بگیرید.

(916) 875-6069

تلفن رایگان 1-888-881-4 881

TDD California Relay Service: 711

شما می‌توانید با مدافع حقوق بیمار
(Patient Rights Advocate) تماس بگیرید.

(916) 333-3800

County Board of Supervisors

منطقه اول, Phil Serna

منطقه دوم, Patrick Kennedy

منطقه سوم, Rich Desmond

منطقه چهارم, Rosario Rodriguez

منطقه پنجم, Pat Hume

County Executive

David Villanueva

Department of Health Services Director

Timothy W. Lutz

Division of Behavioral Health Director

Ryan Quist, Ph.D.

خدمات پیشگیری و درمان مصرف مواد ساکرامنتو کانتی قوانین
حقوق مدنی قدرال را رعایت می‌کند و اعمال تبعیض بر اساس
نژاد، رنگ پوست، تابعیت، سن، معلولیت یا جنسیت را ممنوع
می‌داند.

منتشر شده توسط:

کانتی ساکرامنتو

بخش خدمات سلامت رفتاری

September 2025

فرم تجدید نظر

توجه داشته باشید که: تنظیم درخواست تجدیدنظر به دنبال حکم رد مزایا، بر خدمات شما نزد خدمات پیشگیری و درمان مصرف مواد ساکرامنتو کانتی تأثیر منفی نخواهد داشت. خدمات اعضا ظرف سی (30) روز تقویمی برای درخواست تجدیدنظر استاندارد یا 72 ساعت برای درخواست تجدید نظر تسریع شده پاسخ می‌دهد. در صورت رد درخواست تجدید نظر تسریع شده، یک اطلاعیه کتبی برای عضو ارسال می‌شود و روند درخواست تجدیدنظر استاندارد آغاز می‌شود. لطفاً کادر مربوطه را علامت بزنید:

☐ درخواست تجدید نظر استاندارد ☐ درخواست تجدید نظر تسریع شده

لطفاً با حروف خوانا درج کنید یا بنویسید.

تاریخ: _____ مکان خدمات: _____

نام مراجعه‌کننده: _____ تاریخ تولد: _____

اگر مراجعه‌کننده زیر سن قانونی است، نام سرپرست قانونی را درج کنید که از طرف فرد زیر سن قانونی این درخواست را تنظیم می‌کند:

آدرس (شهر/ایالت/منطقه): _____

شماره تلفن (لطفاً بهترین زمان برای تماس را مشخص کنید): _____

1. موضوع درخواست تجدید نظر شما چیست؟ لطفاً این مسئله را با جزئیات دقیق شرح دهید. در صورت لزوم، صفحات اضافی را ضمیمه کنید.

2. اگر کادر تسریع شده را علامت زده‌اید، بگویید به چه علت فکر می‌کنید این درخواست تجدید نظر باید تسریع شود؟ لطفاً تا آنجا که ممکن است اطلاعات دقیق را درج کنید. در صورت لزوم صفحات اضافی را ضمیمه کنید.

3. آیا در مورد این مسئله با ارائه‌دهنده خدمات خود (همانگ‌کننده خدمات، درمانگر، مشاور، روانپزشک و غیره) صحبت کرده‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر

4. دوست دارید در زمینه حل و فصل این درخواست تجدیدنظر چه اتفاقی بیفتد؟

امضای شخصی که درخواست تجدید نظر را ارائه می‌دهد: _____ تاریخ امروز: _____