

Если Вам нужна помощь при заполнении этой

формы:

Обратитесь к любому представителю
Substance Use Prevention and Treatment
Services.

Вы можете позвонить в Службу поддержки
пользователей.
(916) 875-6069

Общий бесплатный номер 1-888-881-4 881
TDD California Relay Service: 711
Вы можете позвонить адвокату по правам
пациентов.
(916) 333-3800

**Sacramento County
Board of Supervisors**

Phil Serna, 1-й район
Patrick Kennedy, 2-й район
Rich Desmond, 3-й район
Rosario Rodriguez, 4-й район
Pat Hume, 5-й район

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 согласует свою деятельность с
действующим федеральным законодательством
о гражданских правах и не допускает
дискриминации по признаку расы, цвета кожи,
национального происхождения, возраста,
инвалидности или пола.

Опубликовано:
The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
September 2025



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

**Форма
заявления**

Стандартная / Ускоренная процедура

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

Форма заявления

Примечание: Подача Заявления после принятия решения о прекращении выплаты пособия / прекращении льгот не должна отрицательно влиять на получение Вами услуг в области Substance Use Prevention and Treatment Services в службах округа Сакраменто. Службы-участники программы ответят на запрос в течение тридцати (30) календарных дней при подаче стандартного заявления или 72 часов при подаче ускоренного заявления. Если в ускоренном рассмотрении будет отказано, участнику будет направлено письменное уведомление, и начнется стандартный процесс обжалования. Пожалуйста, поставьте галочку в соответствующем поле:

☐

Стандартная процедура

☐

Ускоренная процедура

Напишите печатными буквами

Дата:

Месторасположение
услуги:

Имя клиента:

Дата рождения:

Если клиент является
несовершеннолетним, введите имя
законного опекуна, подающего заявление
от имени несовершеннолетнего:

Адрес (город/штат/индекс):

Номер телефона (укажите удобное время
для звонка):

1. В чем суть Вашего Заявления? Пожалуйста, опишите свой вопрос более подробно. При необходимости приложите дополнительные страницы.

2. Если Вы поместили свое заявление как ускоренное, объясните, по какой причине Вы считаете, что его рассмотрение должно быть ускорено? Просьба представить как можно более подробную информацию. При необходимости прикрепите дополнительные страницы.

3. Обсуждали ли Вы этот вопрос с Вашим поставщиком услуг (координатором услуг, терапевтом, консультантом, психиатром и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет

4. Каковы Ваши предложения по решению Вашего вопроса?

Подпись заявителя: _____

Сегодняшняя дата: _____