

Si precisa asistencia para completar este formulario:

Usted puede pedirle ayuda a cualquier miembro del personal de Servicios para problemas con el alcohol y las drogas.

Puede llamar a Servicios para Miembros.
(916) 875-6069

Número gratuito 1-888-881-4881
TDD California Relay Service: 711

Puede llamar al Defensor de Derechos de los Pacientes.
(916) 333-3800

Sacramento County

Board of Supervisors

Phil Serna, 1^{er} Distrito

Patrick Kennedy, 2^{do} Distrito

Rich Desmond, 3^{er} Distrito

Rosario Rodriguez, 4^{to} Distrito

Pat Hume, 5^{to} Distrito

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 cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Publicado por:

The County of Sacramento
Division of Behavioral Health

September 2025



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

**Formulario
de
apelación**

Estándar / Acelerada

Formulario de apelación - español

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**

Formulario de Apelación

Nota: La presentación de una apelación no afectará de manera adversa a sus servicios con Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services. El miembro será contactado por Servicios para Miembros y recibirá una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días naturales en el caso de la Apelación Estándar, o en 72 horas en el caso de la Apelación Acelerada. Si se le niega la Apelación Acelerada, se le enviará un aviso por escrito al miembro y comenzará el proceso de la Apelación Estándar. Por favor, marque la casilla que corresponda:

☐ Apelación estándar ☐ Apelación Acelerada

Por favor, escriba en letra de imprenta o en letra cursiva legible.

Lugar del servicio: _____

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Si el cliente es menor de edad, escriba el
nombre del tutor legal que presenta la
solicitud en representación del menor: _____

Dirección
(Ciudad/Estado/Código postal): _____

Número de teléfono (indique el mejor horario para
llamar): _____

1. ¿Cuál es su apelación? Describa este problema con detalles específicos. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

2. Si marcó la casilla de Apelación Acelerada, ¿cuál es el motivo por el cual cree que esta apelación debería ser acelerada? Por favor, incluya la mayor cantidad de información detallada que sea posible. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

3. ¿Ha hablado sobre este problema con su proveedor de servicio? (coordinador, terapeuta, consejero, psiquiatra, etc.) ☐ Sí ☐ No

4. ¿Qué le gustaría que sucediera para que se resuelva esta apelación?

Firma de la persona que realiza la apelación: _____

Fecha de hoy: _____