

如果您需要協助以完成該表格：

您可致電會員服務部。
(916) 875-6069

免費電話 1-888-881-4881
TDD California Relay Service: 711

您可致電病患權益律師。
(916) 333-3800

**Sacramento County
Board of Supervisors**

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

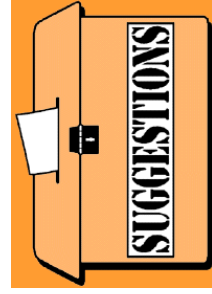
發佈方：

The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
September 2025



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

會員建議



建議表—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**

會員建議

註釋： Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services 歡迎您提出建議以改進服務，並願盡可能使您的到訪積極而有益。

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）：_____

建議：如有需要請另附頁。

我們是否可以就您的建議與您聯絡？

☐ 是，請就該建議與我聯絡

☐ 否，請勿就該建議與我聯絡

建議人簽名：_____ 今日日期：_____