

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, 1st 區
Patrick Kennedy, 2nd 區
Rich Desmond, 3rd 區
Sue Frost, 4th 區
Patrick 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
February 2024



**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 300M
Sacramento, CA 95823

Stamp
Required

**Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300M
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： _____