

Nếu quý vị cần được hỗ trợ điện biểu mẫu này:

Quý vị có thể yêu cầu các nhân viên của
Substance Use Prevention and Treatment
Services hỗ trợ quý vị.

Quý vị có thể gọi cho Ban Dịch Vụ Hội Viên.
(916) 875-6069

Số Điện Thoại Miễn Phí 1-888-881-4 881
TDD California Relay Service: 711

Quý vị có thể gọi cho Patient Rights
Advocate.
(916) 333-3800

Sacramento County

Board of Supervisors

Phil Serna, Quận Thứ Nhất
Patrick Kennedy, Quận Thứ 2
Rich Desmond, Quận Thứ 3
Sue Frost, Quận Thứ 4
Patrick Hume, Quận Thứ 5

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 tuân thủ luật dân quyền
Liên Bang hiện hành và không phân biệt đối xử
dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia,
tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

Công bố bởi:

The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
February 2024



Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services

Biểu Mẫu Kháng Cáo

Tiêu Chuẩn / Nhanh

Biểu Mẫu Kháng Cáo – Tiếng Việt

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

Tem

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

Biểu Mẫu Kháng Cáo

Lưu ý: Việc nộp Kháng Cáo sau Xác Định Quyền Lợi Bất Lợi sẽ không ảnh hưởng xấu đến các dịch vụ của quý vị với Substance Use Prevention and Treatment Services Quận Sacramento. Ban Dịch Vụ Hội Viên sẽ phản hồi về quyết định trong vòng ba mươi (30) ngày dương lịch đối với Kháng Cáo Tiêu Chuẩn hoặc 72 giờ đối với Kháng Cáo Nhanh. Nếu Kháng Cáo Nhanh bị từ chối thì một văn bản thông báo sẽ được gửi tới hội viên và quy trình Kháng Cáo Tiêu Chuẩn sẽ bắt đầu. Vui lòng chọn ô thích hợp:

Kháng Cáo Tiêu Chuẩn Kháng Cáo Nhanh

Vui lòng viết in hoặc viết rõ ràng.

Ngày: _____ Địa Điểm Cung Cấp Dịch Vụ: _____

Tên Khách Hàng: _____ Ngày Sinh: _____

Nếu khách hàng là trẻ vị thành niên thì hãy điền tên của người giám hộ hợp pháp nộp thay cho trẻ vị thành niên: _____

Địa Chỉ (Thành Phố/Tiểu Bang/Zip): _____

Số Điện Thoại (vui lòng nêu rõ thời điểm thích hợp nhất để gọi): _____

1. **Kháng Cáo của quý vị là gì? Vui lòng mô tả vấn đề này một cách chi tiết.** Đính kèm thêm các trang bổ sung nếu cần.

2. **Nếu quý vị đánh dấu vào ô Nhanh thì tại sao quý vị lại nghĩ rằng kháng cáo này cần được giải quyết Nhanh?** Vui lòng bao gồm nhiều thông tin chi tiết nhất có thể. Đính kèm thêm các trang bổ sung nếu cần.

3. **Quý vị đã thảo luận vấn đề này với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị (điều phối viên dịch vụ, chuyên viên trị liệu, tư vấn viên, bác sĩ tâm thần, v.v.) chưa?** Rồi Chưa

4. **Quý vị muốn điều gì được thực hiện để giải quyết Kháng Cáo này?**

Chữ ký của người đưa ra Kháng Cáo: _____ Ngày hôm nay: _____