

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة
لاستكمال هذا النموذج:

يمكنك طلب المساعدة من أي من موظفي خدمات علاج
إدمان الكحول والمخدرات.

يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.
(916) 875-6069

رقم الهاتف المجاني 1-888-881-4 881
TDD California Relay Service: 711

يمكنك الاتصال بخدمة دعم حقوق المرضى.
(916) 333-3800

**Sacramento County
Board of Supervisors**

المنطقة الأولى، Phil Serna
المنطقة الثانية، Patrick Kennedy
المنطقة الثالثة، Rich Desmond
المنطقة الرابعة، Sue Frost
المنطقة الخامسة، Patrick Hume

County Executive

David Villanueva

Department of Health Services Director

Timothy W. Lutz

Division of Behavioral Health Director

Ryan Quisth, Ph.D.

يمثل
Sacramento County Substance Use
Prevention and Treatment Services
القوانين الحقوق
المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا يُمنَّز على أساس العرق أو اللون أو
الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو النوع.

منشور بواسطة:

The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
February 2024



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

نموذج التظلم

نموذج التظلم – العربية

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

التظلم

ملاحظة: لن يؤثر تقديم التظلم بشكل سلبي على الخدمات التي تحصل عليها في Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services. سيتولى موظفو خدمات الأعضاء الاتصال بالعضو وسيتلقى ردًا كتابيًا في غضون تسعين (90) يومًا تقويميًا. يُرجى استكمال هذا النموذج، ثم طيّه ووضعها بداخل ظرف، ووضع طابع عليه وإرساله بالبريد.

يُرجى الطباعة أو الكتابة بخط واضح.

التاريخ: _____ موقع الخدمة: _____

اسم العميل: _____ تاريخ الميلاد: _____

إذا كان العميل قاصرًا، فأدخل اسم الوصي القانوني مقدم التظلم بالنيابة عن القاصر:

العنوان (المدينة/الولاية/الرمز البريدي): _____

رقم الهاتف (يُرجى تحديد أنسب وقت للاتصال): _____

صف السبب (الأسباب) الذي دفعك لطلب التظلم. من فضلك كن محددًا قدر الإمكان من خلال ذكر الأسماء والتواريخ والأوقات قدر الإمكان.

تاريخ (تواريخ) الحدث: _____

1. صف التظلم أو طبيعة التظلم. أرفق صفحات إضافية عند اللزوم:

2. هل حاولت حل المشكلة (المشكلات) قبل طلب التظلم؟

نعم يُرجى وصف ما فعلته لمحاولة حل المشكلة واذكر النتائج:

لا، لم أجر أي محاولات مسبقة لحل التظلم.

3. ما الذي تود أن يتم من أجل اتخاذ قرار بشأن هذا التظلم؟

أفهم أنه سيتم الاتصال بي بخصوص هذا الطلب في غضون ثلاثين (30) يومًا تقويميًا

تاريخ اليوم: _____

توقيع مقدم التظلم: _____