

如果您需要協助以完成該表格：  
您可要求任何酒精和藥物治療服務部的工作人員協助您。

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, 1<sup>st</sup> 區  
Patrick Kennedy, 2<sup>nd</sup> 區  
Rich Desmond, 3<sup>rd</sup> 區  
Sue Frost, 4<sup>th</sup> 區  
Patrick Hume, 5<sup>th</sup> 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**

**申訴表**

申訴表—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**

# 申訴表

註釋：申訴不會對您在 Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services 享受的服務產生負面影響。會員服務部會聯絡您，並且您將在(90)九十個自然日內收到書面回覆。請完成該表格，隨後折疊並收好，貼上郵票後寄出。

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）： \_\_\_\_\_

請描述要求申訴的原因。  
請盡可能包含姓名、日期和時間這些具體資訊。

事件發生日期： \_\_\_\_\_

1. 請描述該申訴或申訴的性質。如有需要請附上額外頁面：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. 您是否在請求申訴前嘗試解決問題？

是 請描述您為嘗試解決問題已採取的措施及其結果：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

否，我事先並未做出任何解決該申訴的嘗試。

3. 為解決該申訴您希望看到什麼措施？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

我瞭解我將在三十(30)個自然日內收到有關此申請的聯絡。

申訴人簽名： \_\_\_\_\_

今日日期： \_\_\_\_\_