

Если Вам нужна помощь при заполнении этой формы:
Обратитесь к любому представителю Substance Use Prevention and Treatment Services.

Вы можете позвонить в Службу поддержки пользователей.
(916) 875-6069

Общий бесплатный номер 1-888-881-4 881
TDD California Relay Service: 711
Вы можете позвонить адвокату по правам пациентов.
(916) 333-3800

Sacramento County Board of Supervisors

Phil Serna, 1-й район
Patrick Kennedy, 2-й район
Rich Desmond, 3-й район
Sue Frost, 4-й район
Patrick Hume, 5-й район

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 согласует свою деятельность с действующим федеральным законодательством о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола.

Опубликовано:
The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
February 2024



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

**Форма
жалобы**

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**

Жалоба

Примечание: Подача жалобы не должна отрицательно влиять на получение Вами услуг в области Substance Use Prevention and Treatment Services в службах округа Сакраменто. Службы-участники программы ответят письменно на жалобу в течение девяноста (90) календарных дней. Пожалуйста, заполните эту форму, сверните, запечатайте в конверт и отправьте по почте.

Напишите печатными буквами

Дата: _____ Месторасположение
услуги: _____

Имя клиента: _____ Дата рождения: _____

Если клиент является несовершеннолетним, введите имя
законного опекуна, подающего заявление от имени
несовершеннолетнего: _____

Адрес (город/штат/индекс): _____

Номер телефона (укажите удобное время для зв _____

Опишите причину(-ы) жалобы.

Пожалуйста, будьте конкретны, везде, где возможно, укажите имена, даты и время.

Дата(-ы) инцидента: _____

1. Опишите жалобу, ее характер. При необходимости приложите дополнительные страницы:

2. Пробовали ли Вы решить проблему самостоятельно, до подачи жалобы?

Да Пожалуйста, опишите, что именно Вы предприняли, чтобы разрешить проблему, включая результаты:

Нет, ранее я не пытался решить проблему самостоятельно.

3. Каков желаемый результат Вашей жалобы?

Я понимаю, что со мной свяжутся по поводу жалобы в течение тридцати (30) календарных дней

Подпись подателя
жалобы: _____ Сегодняшняя
дата: _____