

• إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في استكمال هذا النموذج:  
يمكنك أن تطلب من أي من موظفي برنامج الصحة العقلية مساعدتك.

• يمكنك الاتصال بـ Member Services.  
(916) 875-6069

الرقم المجاني 1-888-881-4881  
TDD 711 الصم وضعاف السمع

• يُمكنك الاتصال بـ Patient Rights Advocate.  
(916) 333-3800 محامي حقوق المرضى

**Sacramento County  
Board of Supervisors**

Phil Serna، المقاطعة الأولى  
Patrick Kennedy، المقاطعة الثانية  
Rich Desmond، المقاطعة الثالثة  
Sue Frost، المقاطعة الرابعة  
Don Nottoli، المقاطعة الخامسة

**Acting County Executive**  
Ann Edwards

**Department of Health Services**  
Chevon Kothari، المدير

**Division of Behavioral Health**  
Ryan Quist، المدير

تلتزم Sacramento County MHP بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها وعدم التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس.

نُشر بواسطة:

The County of Sacramento  
Division of Behavioral Health  
10 وياح 2021



**Sacramento County  
(مقاطعة سكرامنتو)  
Mental Health Plan  
(برنامج الصحة العقلية)**

**نموذج التظلم**

Grievance Form - Arabic

Sacramento County Mental Health Plan  
Quality Management, Member Services  
7001A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823

Sacramento County Mental Health Plan  
Quality Management – Member Services  
7001-A East Parkway, Suite 300M  
Sacramento, CA 95823

مطلوب  
طابع بريدي

## التظلم

**ملاحظة:** لن يؤثر تقديم التظلم سلبيًا على الخدمات الخاصة بك في برنامج الصحة العقلية Sacramento County Mental Health Plan. سيتم الاتصال بالعضو من قبل Member Services (خدمات الأعضاء) وسوف تتلقى ردًا كتابيًا خلال تسعين (90) يومًا. يرجى إكمال هذا النموذج، ثم طيه وغلظه بإحكام ووضع طابع بريدي عليه قبل إرساله بالبريد.

يرجى الطباعة أو الكتابة بخط واضح ومقروء.

التاريخ: \_\_\_\_\_ موقع الخدمة: \_\_\_\_\_

إسم العميل: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

إذا كان العميل قاصرًا، اكتب اسم الوصي القانوني نيابة عن القاصر:

العنوان (المدينة/الولاية/الرمز البريدي): \_\_\_\_\_

رقم الهاتف (يرجى الإشارة إلى أفضل وقت للاتصال): \_\_\_\_\_

قم بوصف سبب (أسباب) تقديم التظلم: رجاءً كن مُحددًا بإدراج الأسماء والتواريخ والأوقات كلما كان ذلك ممكنًا.

تاريخ (تواريخ) الحادث: \_\_\_\_\_

1. قم بوصف التظلم أو طبيعة التظلم. يرجى إرفاق صفحات إضافية إذا لزم الأمر:

---

---

---

---

---

---

---

---

2. هل حاولت حل المشكلة (المشكلات) قبل تقديم التظلم؟  
 نعم يُرجى وصف ما قمت به في محاولة لحل المشكلة واذكر النتائج:

---

---

لا، لم أقم بأي محاولات سابقة لحل سبب التظلم.

3. ما الذي ترغب في إجرائه لحل سبب هذا التظلم؟

---

---

أدرك أنني سيتم الإتصال بي بشأن هذا الطلب خلال ثلاثين (30) يومًا تقويميًا

توقيع الشخص المُقدم لهذا التظلم:

تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_

---