



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

**طلب تغيير متعهد
الخدمة**

Request Change of Provider – 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

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في استكمال هذا النموذج:
في أن تطلب من أي من موظفي برنامج صحة لطفة
مساعدتك.

• يمكنك الاتصال بـ Member Services (خدمات
الأعضاء).

(916) 875-6069

لرقم مجاني 1-888-881-4881
TDD 711، بصم وضعف السمع

• يمكنك الاتصال بـ Patient Rights Advocate (محمي حقوق المريض)
(916) 333-3800

**Sacramento County
Board of Supervisors**

Phil Serna, 1st District
Patrick Kennedy, 2nd District
Rich Desmond, 3rd District
Sue Frost, 4th District
Don Nottoli, 5th District

Acting County Executive
Ann Edwards

Department of Health Services
المدير، Chevon Kothari,

Division of Behavioral Health
المدير، Ryan Quist PhD

Sacramento County MPH يؤمن بحقوق المتبنيين وعدم التمييز على أساس
العرق أو اللون أو الإعاقة أو الجنس.
الأصل القومي أو العرق أو الإعاقة أو الجنس.

نُشر بواسطة:

The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
10 وينايه 2021

مطابق
رئيسي

طلب تغيير متعهد الخدمة

طلب تغيير متعهد الخدمة الدخل لوكالة أو إلى وكالة أخرى ملابًا على ملاحظة: انوًا
لخاصة بك في برنامج برنامج لصحة لطفة ساكرامنتو Sacramento County Mental Health Plan

يرجى الطباعة أو الكتابة بخط واضح ومقروء.

موقع الخدمة:

التاريخ:

تاريخ الميلاد:

اسم العميل:

لميل فاصراً، الكتب اسمنا
لثوني نبلة عن لفاصرجيلي

لعون (المدينة/الولاية/الرمز
لبريدي):

(يرجى الإشارة إلى أفضل وقت للاتصال): رقم

لوكة 1

لرقيق لطبي

طلب تغييراً في: موظفي الخدمة

2. يرجى وصف سبب (أسباب) طلب التغيير:

3. هل ناقشت مخاوفك مع متعهد الخدمة؟

في وصف ما أنت به في محاولة لحل لمشكلة والكر اللتج:

لا

أدرك أنني سيتم الاتصال بي بشأن هذا الطلب خلال ثلاثين (30) يوماً تقويميا

في الشخص المقدم لهذا
الطلب:

تاريخ اليوم: