如果您需要協助以完成該表格：

- 您可要求任何心理健康計畫工作人員協助您。

- 您可致電 Member Services（會員服務部）。
(916) 875-6069

免費電話 1-888-881-4881
TDD 711

- 您可致電 Patient Rights Advocate。
(916) 333-3800

Sacramento County Board of Supervisors

Phil Serna, 1st 區

Patrick Kennedy, 2nd 區

Rich Desmond, 3rd 區

Sue Frost, 4th 區

Don Nottoli, 5th 區

Acting County Executive

Ann Edwards

Department of Health Services

Chevon Kothari, 總監

Division of Behavioral Health

Ryan Quist, Ph.D.,總監

Sacramento County MHP 遵守適用的聯邦民權法，不基於種族、膚色、民族血統、年齡、殘疾與否或性別而對病患進行歧視。

出版自：
The County of Sacramento

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

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

需要郵票

Sacramento County（薩克拉門托縣）Mental Health Plan（心理健康計畫）

會員建議

Suggestion Form - Chinese

會員建議

注意：Sacramento County Mental Health Plan 歡迎您提出建議以改善服務，並希望盡可能使您的到訪積極而有益。

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
代表該未成年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）：_____

建議（可寫多項） 如有必要請附上額外頁面。

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

我們是否可以就您的建議與您聯絡？

☐是，請就該建議與我聯絡

☐否，請勿就該建議與我聯絡

建議人簽名：_____ 今日日期：_____