

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 1-888-881-4 881
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 Kohari, 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
Division of Behavioral Health

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



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

申訴表

Grievance Form - Chinese

需要
郵票

申訴

注意：提出申訴不會對您與 Sacramento County Mental Health Plan 相關的服務造成不利影響。該會員將取得來自 Member Services (會員服務部) 的聯繫並將在(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)：_____

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，我事先並未進行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)個自然日內取得有關此申請的聯繫。

申訴人簽名：_____

今日日期：_____