

**Если Вам нужна помощь при  
заполнении бланка:**

- можете попросить кого-либо из персонала Плана в сфере психического здоровья помочь Вам.
- можете позвонить в Member Services.  
(916) 875-6069  
бесплатно 1-888-881-4 881  
TDD 711
- можете позвонить Patient Rights Advocate.  
(916) 333-3800

**Sacramento County  
Board of Supervisors**

Phil Serna, 1-й округ  
Patrick Kennedy, 2-й округ  
Rich Desmond, 3-й округ  
Sue Frost, 4-й округ  
Don Nottoli, 5-й округ

**Acting County Executive**  
Ann Edwards

**Department of Health Services**  
Chevon Kothari, директор

**Division of Behavioral Health**  
Ryan Quist, Ph.D., директор

Sacramento County MHP выполняет соответствующие федеральные закона о гражданских правах, и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола.

Опубликовано:  
County of Sacramento  
Division of Behavioral Health  
10 мая 2021 г.

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



**Sacramento County  
Mental Health Plan**

(План в сфере психического здоровья  
округа Сакраменто)

**Бланк  
жалобы**

Grievance Form – Russian

M.P.

# Жалоба

**К сведению:** Подача жалобы не будет негативно влиять на услуги для Вас по Sacramento County Mental Health Plan. С Вами свяжется Member Services (обслуживание участников) и Вы получите письменный ответ в течение девяноста (90) календарных дней. Заполните этот бланк, затем сложите и запечатайте его, проштампуйте и отправьте.

## Заполните печатными буквами или напишите разборчиво

Дата: \_\_\_\_\_ Место услуги: \_\_\_\_\_

Имя клиента: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Если клиент несовершеннолетний – впишите имя законного опекуна, заполняющего от его имени: \_\_\_\_\_

Адрес (город/штат/индекс): \_\_\_\_\_

Тел. № (укажите время для звонков): \_\_\_\_\_

Укажите причину подачи жалобы.  
Где возможно, укажите имена, даты и время.

Дата инцидента: \_\_\_\_\_

1. Изложите жалобу или характер жалобы (если надо, приложите дополнительные листы):

---

---

---

---

---

---

---

2. Пробовали ли Вы решить свои проблемы до подачи жалобы?

Да Опишите, что Вы сделали для решения проблемы и результат:

---

---

Нет Я не делал попыток решить вопрос.

3. Что, по Вашему мнению, должно произойти, чтобы разрешить эту проблему?

---

---

Я понимаю, что со мной свяжутся касательно моего запроса в течение тридцати (30) календарных дней

Подпись лица, подавшего жалобу: \_\_\_\_\_

Сегодняшняя дата: \_\_\_\_\_