

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة  
لاستكمال هذا النموذج:  
يمكنك طلب المساعدة من أي من موظفي خدمات علاج  
إدمان الكحول والمخدرات.

يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.  
(916) 875-6069

رقم الهاتف المجاني 1-888-881-4 881  
TDD California Relay Service: 711

يمكنك الاتصال بخدمة دعم حقوق المرضى.  
(916) 333-3800

**Sacramento County  
Board of Supervisors**

المنطقة الأولى، Phil Serna  
المنطقة الثانية، Patrick Kennedy  
المنطقة الثالثة، Rich Desmond  
المنطقة الرابعة، Rosario Rodriguez  
المنطقة الخامسة، Pat Hume

**County Executive**

David Villanueva

**Department of Health Services Director**

Timothy W. Lutz

**Division of Behavioral Health Director**

Ryan Quisth, Ph.D.

يمثل  
Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services  
يقوانين الحقوق  
المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا يُمنَّز على أساس العرق أو اللون أو  
الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو النوع.

منشور بواسطة:

The County of Sacramento  
Division of Behavioral Health  
September 2025



**Sacramento County  
Substance Use  
Prevention and  
Treatment Services**

**نموذج التظلم**

نموذج التظلم – العربية

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services  
Quality Management, Member Services  
7001A East Parkway, Suite 300  
Sacramento, CA 95823

Stamp  
Required

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services  
Quality Management – Member Services  
7001-A East Parkway, Suite 300  
Sacramento, CA 95823

## التظلم

**ملاحظة:** لن يؤثر تقديم التظلم بشكل سلبي على الخدمات التي تحصل عليها في Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services. سيتولى موظفو خدمات الأعضاء الاتصال بالعضو وسيتلقى ردًا كتابيًا في غضون تسعين (90) يومًا تقويميًا. يُرجى استكمال هذا النموذج، ثم طيه ووضعه بداخل ظرف، ووضع طابع عليه وإرساله بالبريد.

يُرجى الطباعة أو الكتابة بخط واضح.

التاريخ: \_\_\_\_\_

موقع الخدمة: \_\_\_\_\_

اسم العميل: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

إذا كان العميل قاصرًا، فأدخل اسم الوصي القانوني مقدم التظلم بالنيابة عن القاصر:

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

رقم الهاتف (يُرجى تحديد أنسب وقت للاتصال): \_\_\_\_\_

صف السبب (الأسباب) الذي دفعك لطلب التظلم. من فضلك كن محددًا قدر الإمكان من خلال ذكر الأسماء والتواريخ والأوقات قدر الإمكان.

تاريخ (تواريخ) الحدث: \_\_\_\_\_

1. صف التظلم أو طبيعة التظلم. أرفق صفحات إضافية عند اللزوم:

---

---

---

---

---

---

---

---

2. هل حاولت حل المشكلة (المشكلات) قبل طلب التظلم؟

نعم يُرجى وصف ما فعلته لمحاولة حل المشكلة واذكر النتائج:

---

---

لا، لم أجر أي محاولات مسبقة لحل التظلم.

3. ما الذي تود أن يتم من أجل اتخاذ قرار بشأن هذا التظلم؟

---

---

أفهم أنه سيتم الاتصال بي بخصوص هذا الطلب في غضون ثلاثين (30) يومًا تقويميًا

توقيع مقدم التظلم: \_\_\_\_\_

تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_