

如果您需要協助以完成該表格：
您可要求任何酒精和藥物治療服務部的工作人員協助您。

您可致電會員服務部。
(916) 875-6069

免費電話 1-888-881-4 881
TDD California Relay Service: 711

您可致電病患權益宣導人。
(916) 333-3800

**Sacramento County
Board of Supervisors**

Phil Serna, 1st 區
Patrick Kennedy, 2nd 區
Rich Desmond, 3rd 區
Rosario Rodriguez, 4th 區
Pat Hume, 5th 區

County Executive

David Villanueva

Department of Health Services Director

Timothy W. Lutz

Division of Behavioral Health Director

Ryan Quist, Ph.D.

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services 遵守適用的聯邦民權法，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘疾與否或性別而歧視病患。

發佈方：

The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
September 2025



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

申訴表

申訴表—英文版

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**

申訴表

註釋：申訴不會對您在 Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services 享受的服務產生負面影響。會員服務部會聯絡您，並且您將在(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，我事先並未做出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)個自然日內收到有關此申請的聯絡。

申訴人簽名： _____

今日日期： _____