

如果您需要幫助填寫此表

- 您可以請任何心理健康計劃工作人員幫忙。

- 您可以致電給會員服務部
(916) 875-6069

免費電話 1-888-881-4881

TDD 711

- 您可以致電給患者權益維護部
(916) 333-3800



沙加緬度縣議會

Phil Serna, 一區

Patrick Kennedy, 二區

Rich Desmond, 三區

Sue Frost, 四區

Don Nottoli, 五區

郡長

Ann Edwards

衛生部

Chevon Kothari, 局長

心理線康局

Ryan Quist, Ph.D., 局長

Sacramento County MHP 遵守適用的聯邦民權法, 不因種族, 膚色, 國籍, 年齡, 殘疾或性別而歧視

沙加緬度郡心理健康局
5/10/2021

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



沙加緬度郡
心理健康計劃

投訴表

普通/快速處理

Appeal Form - Chinese

請貼郵票

上訴表格

注意： 就某种“行爲”投訴不會對您在沙加緬度郡心理健康計劃中的服務產生不利影響。會員服務部將在 45 天內為“普通投訴”提供解決方法，或在三天內為“快速處理投訴”提供解決方法。如果快速處理投訴被拒絕，會員將收到書面通知，同時普通投訴程序開始。請勾選適當方框：

普通投訴

快速處理投訴

請用標準字體填寫或書寫清楚。

日期: _____ 服務地點 _____

服務對象姓名: _____ 出生日期: _____

如果服務對象是未成年人，請填寫監護人的姓名: _____

地址 (城市/州/郵遞區號): _____

電話號碼 (請註明最佳聯絡時間): _____

1. 您投訴什麼？請詳細描述投訴事情。 如有必要，請附加多一頁。

2. 如果您選擇“快速處理”，請說明您認為此投訴需要快速處理的原因。 請盡量提供詳情。如有必要，請附加頁。

3. 您曾與您的服務提供者討論此事嗎 (服務協調者，治療師，輔導員，精神病醫師，等等)？ 是 否

4. 您希望怎樣解決此投訴？

今日日期: _____ 投訴人署名: _____