



Sacramento County Mental Health Plan

فرم
**درخواست
تجدیدنظر**

فرم درخواست تجدیدنظر - فارسی

Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

Stamp
Required

• اگر برای تکمیل این فرم به کمک نیاز دارید:
می‌توانید از یکی از کارکنان Mental Health Plan بخواهید
به شما کمک کند.

• می‌توانید با Member Services تماس
بگیرید. (916) 875-6069

خط رایگان 1-888-881-4 881
TDD 711

• می‌توانید با وکیل حقوق بیماران تماس بگیرید.
(916) 333-3800

هیئت ناظران کانتی
ساگرامنتو Phil Serna،
ناحیه یک
Patrick Kennedy، ناحیه
دو Rich Desmond، ناحیه سه
Sue Frost، ناحیه چهار
Don Nottoli، ناحیه پنج

سرپرست اجرایی کانتی
Ann Edwards

اداره خدمات بهداشتی
Chevon Kothari، مدیر

بخش سلامت رفتاری
Ryan Quist, Ph.D.، مدیر
بخش خدمات سلامت رفتاری

Sacramento County MHP با قوانین حقوق مدنی فدرال
مربوطه مطابقت دارد و هیچ نوع تبعیضی بر اساس نژاد، رنگ
پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت روا نمی‌دارد.

منتشرکننده:

The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
05/10/2021

فرم درخواست تجدیدنظر

نکته: تکمیل فرم درخواست تجدیدنظر پس از تعیین مزایای مغایر اثر منفی بر خدمات دریافتی شما از Sacramento County Medical Health Plan نخواهد داشت. Member Services طی سی (30) روز تقویمی در مورد تجدیدنظر استاندارد یا 72 ساعت برای تجدیدنظر تسریع شده تصمیم می‌گیرد. اگر درخواست تجدیدنظر تسریع شده رد شود، یک اطلاعیه کتبی به عضو ارسال می‌شود و روند بررسی تجدیدنظر استاندارد شروع می‌شود. لطفاً گزینه مطلوب را تیک بزنید:

تجدیدنظر استاندارد تجدیدنظر تسریع شده

لطفاً کتابی یا

با حروف

خوانا

بنویسید.

خدمات

مکان:

تاریخ:

تاریخ

تولد:

نام متقاضی:

اگر متقاضی زیر سن قانونی است، نام سرپرست قانونی تکمیل کننده فرم به جای فرد زیر سن قانونی را وارد کنید:

آدرس (شهر/ایالت/کد پستی):

شماره تلفن (لطفاً بهترین زمان برای برقراری تماس را ذکر کنید):

1. درخواست تجدیدنظر شما چیست؟ لطفاً این موضوع را با جزئیات شرح دهید. در صورت نیاز، صفحه اضافه ضمیمه کنید.

2. اگر گزینه تسریع شده را تیک زده‌اید، دلیل شما مبنی بر اینکه معتقدید این درخواست تجدیدنظر باید تسریع شده باشد، چیست؟ لطفاً تا حد امکان تمامی اطلاعات ممکن را ارائه دهید. در صورت نیاز، صفحه اضافه ضمیمه کنید.

3. آیا درباره این موضوع با ارائه دهنده خدمات (هماهنگ کننده خدمات، درمانگر، مشاور، روانپزشک و غیره) خود صحبت کرده‌اید؟ Yes No

4. دوست دارید برای حل این درخواست تجدیدنظر چه چیزی رخ دهد؟

تاریخ امروز: _

امضاء درخواست کننده تجدیدنظر: _