



Sacramento County Mental Health Plan

فرم شکایت

فرم شکایت - فارسی

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

Stamp
Required

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

• 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, MSW، 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
5/10/2021

شکایت

نکته: تکمیل فرم شکایت اثر منفی بر خدمات دریافتی شما از Sacramento County Mental Health Plan نخواهد داشت. Member Services با عضو تماس می گیرد و عضو پاسخ کتبی را طی (90) نود روز تقویمی دریافت می کند. لطفاً این فرم را تکمیل کنید، سپس تا کرده و بچسبانید، تمبر بزنید و پست کنید.

لطفاً کتابی یا با حروف خوانا بنویسید.

تاریخ: _ محل خدمات: _

نام متقاضی: _ تاریخ تولد: _

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): _

دلیل (دلایل) طرح شکایت را شرح دهید.

لطفاً با ذکر نام، تاریخ و ساعت تا حد امکان با جزئیات شرح دهید.

تاریخ(های) رویداد: _

1. شکایت یا ماهیت شکایت خود را شرح دهید. لطفاً در صورت نیاز، صفحه اضافه ضمیمه کنید.

2. آیا سعی کردید مشکل (مشکلات) خود را قبل از طرح شکایت حل و فصل کنید؟
 بله لطفاً شرح دهید برای حل و فصل مشکل چه کاری کردید و نتیجه را ذکر کنید:

نخیر، من قبلاً هیچ تلاشی برای حل و فصل این شکایت نکردم.

3. دوست دارید برای حل این شکایت چه چیزی رخ دهد؟

من می دانم که طی سی (30) روز تقویمی در رابطه با این درخواست با من تماس گرفته می شود.

امضاء شخصی که شکایت را طرح می کند: _

تاریخ امروز: _