

**Если Вам нужна помощь при  
заполнении бланка:**

- можете попросить кого-либо из персонала Плана в сфере психического здоровья помочь Вам.
- можете позвонить в Member Services.  
(916) 875-6069  
бесплатно 1-888-881-4 881  
TDD 711
- можете позвонить Patient Rights Advocate.  
(916) 333-3800

**Sacramento County  
Board of Supervisors**

Phil Serna, 1-й округ  
Patrick Kennedy, 2-й округ  
Rich Desmond, 3-й округ  
Sue Frost, 4-й округ  
Don Nottoli, 5-й округ

**Acting County Executive**  
Ann Edwards

**Department of Health Services**  
Chevon Kothari, директор

**Division of Behavioral Health**  
Ryan Quist, Ph.D., директор

Sacramento County MHP выполняет соответствующие федеральные закона о гражданских правах, и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола.

Опубликовано:  
County of Sacramento  
Division of Behavioral Health  
10 мая 2021 г.

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



**Sacramento County  
Mental Health Plan**

(План в сфере психического здоровья  
округа Сакраменто)

**Бланк  
жалобы**

Grievance Form – Russian

M.P.

# Жалоба

**К сведению:** Подача жалобы не будет негативно влиять на услуги для Вас по Sacramento County Mental Health Plan. С Вами свяжется Member Services (обслуживание участников) и Вы получите письменный ответ в течение девяноста (90) календарных дней. Заполните этот бланк, затем сложите и запечатайте его, проштампуйте и отправьте.

## Заполните печатными буквами или напишите разборчиво

Дата: \_\_\_\_\_ Место услуги: \_\_\_\_\_

Имя клиента: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Если клиент несовершеннолетний – впишите имя законного опекуна, заполняющего от его имени: \_\_\_\_\_

Адрес (город/штат/индекс): \_\_\_\_\_

Тел. № (укажите время для звонков): \_\_\_\_\_

Укажите причину подачи жалобы.  
Где возможно, укажите имена, даты и время.

Дата инцидента: \_\_\_\_\_

1. Изложите жалобу или характер жалобы (если надо, приложите дополнительные листы):

---

---

---

---

---

---

---

2. Пробовали ли Вы решить свои проблемы до подачи жалобы?

Да Опишите, что Вы сделали для решения проблемы и результат:

---

---

Нет Я не делал попыток решить вопрос.

3. Что, по Вашему мнению, должно произойти, чтобы разрешить эту проблему?

---

---

Я понимаю, что со мной свяжутся касательно моего запроса в течение тридцати (30) календарных дней

Подпись лица, подавшего жалобу: \_\_\_\_\_

Сегодняшняя дата: \_\_\_\_\_