

Nếu quý vị cần người giúp đỡ điền đơn này:

- Quý vị có thể nhờ nhân viên của chương trình sức khỏe tinh thần (Mental Health Plan) giúp đỡ
- Quý vị có thể gọi điện thoại tới nhân viên điều hành.
(916) 875-6069
Số điện thoại miễn phí 1-888-881-4881
TTY (916) 876-8853
- Quý vị có thể gọi điện thoại tới nhân viên biện hộ cho quyền lợi của bệnh nhân.
(916) 333-3800

Ban Giám Thi Của Quận-Hạt Sacramento

Phil Serna, Vùng 1
Patrick Kennedy, Vùng 2
Susan Peters, Vùng 3
Sue Frost, Vùng 4
Don Nottoli, Vùng 5

Người Thi Hành Của Quận-Hạt

Navdeep S. Gill

Bộ Phân dịch vụ y tế

Peter Beilenson, MD, MPH, Giám Đốc

Sur Đoàn Y Tế Tinh Thần

Ryan Quist, Ph.D., Giám Đốc

Sacramento County MHP tuân thủ các luật về quyền công dân liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, hoặc giới tính.

Sur Đoàn Y Tế Tinh Thần của quận - hạt

Sacramento xuất bản vào

5/06/2019



**Chương Trình Y Tế Tinh Thần
Của Quận - Hạt Sacramento**

Đơn Khiếu Nại

Thông Thường / Khẩn Cấp

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

Cần Dán
Tem

Đơn Khiếu Nại

Lưu Ý: Sau khi quý vị nộp đơn khiếu nại, mọi dịch vụ từ Chương Trình Bệnh Tâm Thần Của Sacramento County sẽ không bị ảnh hưởng. Nếu khiếu nại thông thường, nhân viên điều hành sẽ trả lời cho quý vị trong vòng (45) bốn mươi lăm ngày hoặc (3) ba ngày làm việc cho khiếu nại khẩn cấp. Nếu đơn khiếu nại khẩn cấp của quý vị bị từ chối, chúng tôi sẽ gửi thư báo cáo cho quý vị lại và sau đó thủ tục xét đơn sẽ được xét theo thường lệ. Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp:

Khiếu Nại Thông Thường

Khiếu Nại Khẩn Cấp

Vui lòng viết hoa hoặc rõ ràng.

Ngày: _____

Nơi Phục Vụ: _____

Tên: _____

Ngày Sinh: _____

Nếu quý vị dưới tuổi vị thành niên, xin điền tên của người giám hộ hợp pháp để đại diện cho quý vị:

Địa Chỉ (Thành Phố /Tiểu Bang /Số
Vùng): _____

Số Điện Thoại (Làm Ôn Cho Biết Giờ Nào Gọi Tốt
Nhất): _____

1. **Quý vị khiếu nại về vấn đề gì? Vui lòng trình bày chi tiết.** Nếu cần, viết thêm vào trang giấy ngoài rồi đính kèm.

2. **Nếu quý vị điền vào ô khẩn cấp, vui lòng cho biết lý do tại sao quý vị nghĩ cái đơn khiếu nại này cần phải giải quyết một cách khẩn cấp? Vui lòng trình bày chi tiết.** Nếu cần, viết thêm vào trang giấy ngoài và đính kèm.

3. **Quý vị có thảo luận những vấn đề này với người phục vụ/cộng tác của quý vị chưa (nhân viên phục vụ phối trí, trị liệu viên, chỉ giáo viên, người chuyên trị về tâm thần, v. v. ...)?** CÓ RỒI CHƯA CÓ

4. **Quý vị muốn đơn khiếu nại của quý vị được giải quyết như thế nào?**

Chữ ký của người khiếu nại: _____

Ngày: _____