

**如果您需要協助以完成該表格：**

• 您可要求任何心理健康計畫工作人員協助您。

• 您可致電 Member Services ( 會員服務部 )。  
(916) 875-6069

免費電話 1-888-881-4 881  
TTY (916) 876-8853

• 您可致電 Patient Rights Advocate。  
(916) 333-3800

**Sacramento County  
Board of Supervisors**

Phil Serna, 1<sup>st</sup> 區  
Patrick Kennedy, 2<sup>nd</sup> 區  
Susan Peters, 3<sup>rd</sup> 區  
Sue Frost, 4<sup>th</sup> 區  
Don Nottoli, 5<sup>th</sup> 區

**County Executive**  
Navdeep S. Gill

**Department of Health Services**

Peter Beilenson, MD, MPH, 總監

**Division of Behavioral Health**

Ryan Quist, Ph.D., 總監

Sacramento County MHP 遵守適用的聯邦民

權法，不基於種族、膚色、民族血統、年齡、殘疾與否或性別而對病患進行歧視。

出版自：

The County of Sacramento  
Division of Behavioral Health

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

需要  
郵票



**Sacramento County ( 薩克  
拉門托縣 )**  
**Mental Health Plan ( 心理  
健康計畫 )**

**申訴表**

# 申訴

注意：提出申訴不會對您與 Sacramento County Mental Health Plan 相關的服務造成不利影響。該會員將取得來自 Member Services (會員服務部) 的聯繫並將在(90)九十個自然日內收到書面回覆。請完成該表格，隨後折疊並收好，貼上郵票後寄出。

## 請列印或書寫清楚。

日期：\_\_\_\_\_ 服務地點：\_\_\_\_\_

客戶姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

如果客戶為未成年人，請寫上  
代表該未成年人填寫此表的法定監護  
人的姓名：\_\_\_\_\_

地址 (市/州/郵遞區號)：\_\_\_\_\_

電話號碼 (請註明最佳致電時間)：\_\_\_\_\_

## 請描述要求申訴的原因。

請盡可能包含姓名、日期和時間這些具體資訊。

事件發生日期：\_\_\_\_\_

1. 請描述該申訴或申訴的性質。如有需要請附上額外頁面：

---

---

---

---

2. 您是否在請求申訴前嘗試解決問題？

是 請描述您為嘗試解決問題已採取的措施及其結果：

---

---

否，我事先並未進行任何解決該申訴的嘗試。

3. 為解決該申訴您希望看到什麼措施？

---

---

我瞭解我將在三十(30)個自然日內取得有關此申請的聯繫。

申訴人簽名：\_\_\_\_\_ 今日日期：\_\_\_\_\_