

**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
TTY (916) 876-8853
- можете позвонить Patient Rights Advocate.
(916) 333-3800

**Sacramento County
Board of Supervisors**

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

County Executive
Navdeep S. Gill

Department of Health Services
Peter Beilenson, MD, MPH, директор

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

Sacramento County MHP выполняет соответствующие федеральные законы 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
6 мая 2019 г.



**Sacramento County
Mental Health Plan**
(План в сфере психического здоровья
округа Сакраменто)

Бланк жалобы

Grievance Form – Russian

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**

М.П.

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: _____