

Nếu quý vị cần hỗ trợ hoàn thành mẫu này:

- Quý vị có thể yêu cầu bất kỳ nhân viên nào của Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần hỗ trợ quý vị.
 - Quý vị có thể gọi Member Services.
(916) 875-6069
- Số điện thoại miễn phí 1-888-881-4 881
TTY (916) 876-8853
- Quý vị có thể gọi Patient Rights Advocate.
(916) 333-3800

Sacramento County Board of Supervisors

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

County Executive

Navdeep S. Gill

Department of Health Services

Peter Beilenson, MD, MPH, Giám đốc

Division of Behavioral Health

Ryan Quist, Ph.D., Giám đốc

Sacramento County MHP tuân thủ luật dân quyền hiện hành của 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.

Xuất bản bởi:

The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
5/06/2019



Sacramento County Mental Health Plan (Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần quận Sacramento)

Mẫu khiếu nại

Grievance Form – Vietnamese

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

Cần dán
tem

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

Khiếu nại

Lưu ý: Việc nộp khiếu nại không ảnh hưởng tiêu cực đến các dịch vụ của quý vị với Sacramento County Mental Health Plan. Hội viên sẽ được Member Services (Ban dịch vụ hội viên) liên lạc và sẽ nhận được câu trả lời bằng văn bản trong vòng (90) chín mươi ngày theo lịch. Vui lòng hoàn thành mẫu này, sau đó gấp lại và gắn chặt, dán tem và gửi qua đường bưu điện.

Vui lòng viết in hoặc viết rõ.

Ngày: _____ Địa điểm cung cấp dịch vụ: _____

Tên khách hàng: _____ Ngày sinh: _____
Nếu khách hàng là trẻ vị thành niên, nhập tên của người giám hộ hợp pháp đại diện cho trẻ vị thành niên nộp yêu cầu: _____

Địa chỉ (Thành phố/Tiểu bang/Zip): _____

Số điện thoại (vui lòng nêu rõ thời gian gọi điện phù hợp nhất): _____

Mô tả (các) lý do yêu cầu khiếu nại.

Vui lòng nêu rõ bằng cách bao gồm tên, ngày và thời gian bất cứ khi nào có thể.

(Các) ngày xảy ra sự việc: _____

1. Mô tả khiếu nại hoặc bản chất của khiếu nại. Vui lòng đính kèm thêm trang nếu cần:

2. Quý vị đã từng cố gắng giải quyết (các) vấn đề trước khi yêu cầu khiếu nại chưa?

Có Vui lòng mô tả những gì quý vị đã làm để cố gắng giải quyết vấn đề và nêu kết quả:

Không, tôi chưa từng cố gắng giải quyết khiếu nại trước đây.

3. Quý vị muốn xem điều gì xảy ra khi giải quyết khiếu nại này?

Tôi hiểu rằng tôi sẽ được liên lạc về yêu cầu này trong vòng ba mươi (30) ngày theo lịch

Chữ ký của người thực hiện khiếu nại này: _____ Ngày hôm nay: _____