

• إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في استخدام هذا النموذج: يمكنك أن تطلب من أي من موظفي برنامج الصحة العقلية مساعدتك.

• يمكنك الاتصال بـ Member Services (خدمات الأعضاء).  
(916) 875-6069

الرقم المجاني 1-888-881-4881  
الصم و وضعف السمع TTY (916) 876-8853

• يمكنك الاتصال بـ Patient Rights Advocate (محامى حقوق المريض)  
(916) 333-3800

**Sacramento County**  
**Board of Supervisors**

Phil Serna، المقاطعة الأولى  
Patrick Kennedy، المقاطعة الثانية  
Susan Peters، المقاطعة الثالثة  
Sue Frost، المقاطعة الرابعة  
Don Nottoli، المقاطعة الخامسة

**County Executive**  
Navdeep S. Gill

**Department of Health Services**  
Peter Beilenson, MD, MHP، المدير

**Division of Behavioral Health**  
المدير، Ryan Quist Ph.D

تلتزم Sacramento County MPH بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها وعدم التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس.

نُشر بواسطة:

The County of Sacramento  
Division of Behavioral Health  
6 ويايه 2019



**Sacramento County**  
(مقاطعة سكرامنتو)  
**Mental Health Plan**  
(برنامج الصحة العقلية)

**طلب تغيير متعهد  
الخدمة**

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

مطلوب  
طابع بريدي

## طلب تغيير متعهد الخدمة

**ملاحظة:** لن يؤثر طلب تغيير متعهد الخدمة داخل الوكالة أو إلى وكالة أخرى سلبيًا على الخدمات الخاصة بك في برنامج برنامج الصحة العقلية ساكرمنتو Sacramento County Mental Health Plan

يرجى الطباعة أو الكتابة بخط واضح ومقروء.

موقع الخدمة:

التاريخ:

تاريخ الميلاد:

إسم العميل:

إذا كان العميل قاصرًا، اكتب إسم الوصي القانوني نيابة عن القاصر:

العنوان (المدينة/الولاية/الرمز البريدي):

رقم الهاتف (يرجى الإشارة إلى أفضل وقت للاتصال):

1. أنا أطلب تغييرًا في:  موظفي الخدمة  الفريق الطبي  الوكالة

2. يرجى وصف سبب (أسباب) طلب التغيير:

3. هل ناقشت مخاوفك مع متعهد الخدمة؟

نعم يرجى وصف ما قمت به في محاولة لحل المشكلة واذكر النتائج:

لا

أدرك أنني سيتم الاتصال بي بشأن هذا الطلب خلال ثلاثين (30) يومًا تقويميًا

توقيع الشخص المقدم لهذا الطلب:

تاريخ اليوم: