

Si precisa asistencia para completar este formulario:

Puede llamar a Servicios para Miembros.
(916) 875-6069

Número gratuito 1-888-881-4881
TTY (916) 876-8853

Puede llamar al Defensor de Derechos de los Pacientes.
(916) 333-3800

Sacramento County Board of Supervisors

Phil Serna, 1^{er} Distrito
Patrick Kennedy, 2^{do} Distrito
Rich Desmond, 3^{er} Distrito
Sue Frost, 4^{to} Distrito
Don Nottoli, 5^{to} Distrito

Interim County Executive
Ann Edwards

Department of Health Services Director
Chevon Kothari

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

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Publicado por:
The County of Sacramento
Division of Behavioral Health
05-14-21

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services
Quality Management, Member Services
7001A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

Stamp
Required



**Sacramento County
Substance Use
Prevention and
Treatment Services**

**Sugerencias
de los
miembros**



Sugerencias de los miembros

Nota: Sacramento County Substance Use Prevention and Treatment Services está abierto a sus sugerencias para mejorar los servicios y a sus deseos, para que sus visitas sean lo más positivas y provechosas que resulte posible.

Por favor, escriba en letra de imprenta o en letra cursiva legible.

Fecha: _____ Lugar del servicio: _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si el cliente es menor de edad, escriba el nombre del tutor legal que presenta la solicitud en representación del menor: _____

Dirección (Ciudad/Estado/Código postal): _____

Número de teléfono (indique el mejor horario para llamar): _____

Sugerencia(s) Por favor, adjunte más páginas si es necesario.

¿Podemos comunicarnos con usted en relación a su sugerencia?

- Sí**, por favor comuníquense conmigo en relación a esta sugerencia
- No**, no se comuniquen conmigo en relación a esta sugerencia

Firma de la persona que presenta esta Apelación: _____ Fecha de hoy: _____