

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

• يمكنك الاتصال بـ Member Services بـ 1-888-881-4881
الرقم المجاني (916) 875-6069 خدمات الأعضاء

الرقم المجاني (916) 876-8853 TTY الصم وضعاف السمع

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

Sacramento County

Board of Supervisors

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

County Executive

Navdeep S. Gill

Department of Health Services

المدير، Peter Beilenson, MD, MHP

Division of Behavioral Health

المدير، Ryan Quist, Ph.D.

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

نُشر بواسطة:

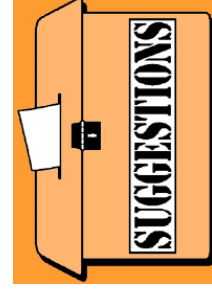
The County of Sacramento
Division of Behavioral Health

6 وياح 2019



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

إقتراح العضو



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

إقتراح العضو

ملاحظة: يُرحب برنامج Sacramento County Mental Health Plan بإقتراحاتكم لتحسين الخدمات والرغبات لجعل زيارتكم إيجابية ومفيدة قدر المستطاع.

يرجى الطباعة أو الكتابة بخط واضح ومقروء.

التاريخ: _____ موقع الخدمة: _____

إسم العميل: _____ تاريخ الميلاد: _____

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

العنوان (المدينة/الولاية/الرمز البريدي): _____

رقم الهاتف (يرجى الإشارة إلى أفضل وقت للاتصال): _____

الإقتراح(ات) يُرجى إرفاق صفحات إضافية، إذا لزم الأمر.

هل يمكننا الإتصال بك بخصوص إقتراحك؟

نعم ، أرجو الإتصال بي بخصوص هذا الإقتراح

لا ، لا تتصل بي بخصوص هذا الإقتراح

توقيع الشخص المُقدم لهذا الإقتراح: _____

تاريخ اليوم: _____