

Si precisa asistencia para completar este formulario:

- Usted puede pedirle ayuda a cualquier miembro del personal del Plan de Salud Mental.
- Usted puede llamar a Member Services (Servicios para miembros) (916) 875-6069

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

- Usted puede llamar al Patient Rights Advocate. (916) 333-3800

**Sacramento County
 Board of Supervisors**

- Phil Serna, 1st Distrito
- Patrick Kennedy, 2nd Distrito
- Susan Peters, 3rd Distrito
- Sue Frost, 4th Distrito
- Don Nottoli, 5th Distrito

County Executive
 Navdeep S. Gill

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

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

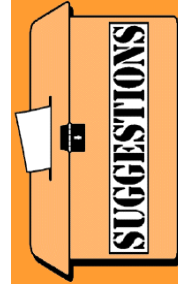
Sacramento County MHP cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Publicado por:
 The County of Sacramento
 Division of Behavioral Health
 6 de mayo de 2019



**Sacramento County
 Mental Health Plan (Plan
 de salud mental del
 Condado de Sacramento)**

**Sugerencias
 de los
 miembros**



Suggestion Form – Spanish

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

Sello
 obligatorio

Sugerencias de los miembros

Nota: Sacramento County Mental Health Plan 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: _____