

• 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. 875-6069 (916) خدمات الأعضاء

الرقم المجاني 1-888-881-4881
TDD 711 الصم وضعاف السمع

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

**Sacramento County
Board of Supervisors**

Phil Serna، المقاطعة الأولى
Patrick Kennedy، المقاطعة الثانية
Rich Desmond، المقاطعة الثالثة
Sue Frost، المقاطعة الرابعة
Don Nottoli، المقاطعة الخامسة

Acting County Executive
Ann Edwards

Department of Health Services
Chevon Kothari، المدير

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

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
10 وياح 2021

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



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

إقتراح العضو



Suggestion Form – Arabic

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: _____