

**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 TDD 711

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

**Sacramento County Board of Supervisors**

Phil Serna, 1<sup>st</sup> Distrito  
Patrick Kennedy, 2<sup>nd</sup> Distrito  
Rich Desmond, 3<sup>rd</sup> Distrito  
Sue Frost, 4<sup>th</sup> Distrito  
Don Nottoli, 5<sup>th</sup> Distrito

**Acting County Executive**  
Ann Edwards

**Department of Health Services**  
Chevon Kothari, 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  
10 de mayo de 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

Sello  
obligatorio



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

**Sugerencias  
de los  
miembros**



Suggestion Form – Spanish

# 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: \_\_\_\_\_