

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة لاستكمال هذا النموذج:  
يمكنك طلب المساعدة من أي من موظفي  
Substance Use Prevention and Treatment  
.Services

يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.  
(916) 875-6069

رقم الهاتف المجاني 1-888-881-4 881  
لمستخدمي الهاتف النصي (916) 8853-876

يمكنك الاتصال بخدمة دعم حقوق المرضى.  
(916) 333-3800

**Sacramento County  
Board of Supervisors**

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

**County Executive Interim**

Ann Edwards

**Department of Health Services Director**

Chevon Kothari

**Division of Behavioral Health Director**

Ryan Quist, Ph.D.

تمتثل Sacramento County Substance Use  
Prevention and Treatment Services  
المدينة الفيدرالية المعمول بها ولا تميّز على أساس العرق أو اللون أو  
الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو النوع.

منشور بواسطة:

The County of Sacramento  
Division of Behavioral Health  
21-14-05

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

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**

نموذج  
الطعن

قياسي / مستعجل

نموذج الطعن – العربية

Stamp  
Required

## نموذج الطعن

**ملاحظة:** لن يؤثر تقديم الطعن عقب التحديد السلبي للاستحقاقات بشكل سلبي على الخدمات التي تحصل عليها في Substance Use Prevention and Treatment Services لمقاطعة ساكرامينتو. وسوف تصدر خدمات الأعضاء قرارًا في غضون ثلاثين (30) يومًا تقويميًا بشأن الطعن القياسي، أو 72 ساعة بشأن الطعن المستعجل. وفي حالة رفض الطعن المستعجل، سيتم إرسال إخطار كتابي إلى العضو وسوف تبدأ عملية الطعن القياسي.

يرجى وضع علامة في المربع المناسب:

طعن قياسي  طعن مستعجل

### يُرجى الطباعة أو الكتابة بخط واضح.

التاريخ: \_\_\_\_\_ موقع الخدمة: \_\_\_\_\_

اسم العميل: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

إذا كان العميل قاصرًا، فأدخل اسم الوصي القانوني بالنيابة عن القاصر:

العنوان (المدينة/الولاية/الرمز البريدي): \_\_\_\_\_

رقم الهاتف (يُرجى تحديد أنسب وقت للاتصال): \_\_\_\_\_

1. ما هو الطعن؟ يُرجى وصف هذا البند بتفاصيل محددة. أرفق صفحات إضافية عند اللزوم.

---

---

---

2. إذا كنت قد حددت مربع الطعن المستعجل، فما هو السبب في اعتقادك بأن هذا الطعن يجب أن يكون مستعجلاً؟ يُرجى تضمين أكبر قدر ممكن من التفاصيل. أرفق صفحات إضافية عند اللزوم.

---

---

---

3. هل ناقشت هذا الأمر مع موفر الخدمة الخاص بك (منسق الخدمة، المعالج، المستشار، الطبيب النفسي، وما إلى ذلك)؟  نعم  لا

4. ما الذي تود أن يتم من أجل اتخاذ قرار بشأن هذا الطعن؟

---

---

---

تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الطعن: \_\_\_\_\_