

**聖塔克萊拉 (Santa Clara County) 精神健康部門**  
**投訴及上訴表**

如果您對精神健康服務有任何問題，您可以撥 1-800-704-0900 聯絡**質量改進協調員**，或者將本表郵寄到：Quality Improvement Program, P.O. Box 28504, San Jose, CA 95159-8504。我們提供已付郵資及列印好地址的信封。

如需更多幫助，您也可以聯係**精神健康提倡企劃 (Mental Health Advocacy Project)**，電話 1-800-248-6427 或 (408) 294-9730。

請用正楷清晰填寫

姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

社會保險號碼: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵編: \_\_\_\_\_

法定監護人/保護人的姓名: \_\_\_\_\_

提供服務的機構名稱/員工名字: \_\_\_\_\_

1. 請敘述您的問題: (如果不夠填寫，可用另外一張紙。) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

2. 為解決問題，您已經做了哪些努力? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

3. 您希望問題如何解決? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

客戶簽名 \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_