Forma de registro para la conferencia de 2011

8va Conferencia Anual

ESPERANZA

martes, 13 de septiembre de 2011

Empoderando Nuestras Vidas: "Nunca Te Des Por Vencido"

DoubleTree by Hilton, Culver City

FAVOR DE ESCRIBIR CLARO

Nombre (Primero y Apellido):	Posición de trabajo (si aplica):
(Favor de marcar donde le aplica).	❒ Cliente ❒ Miembro de Familia ❒ Trabajador de Salud Mental ❒ Miembro de la Comunidad
Agencia/Organización (si aplica):	
Dirección:	
Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono: ( )	Fax: ( )
Correo Electrónico:	

TODOS EMPLEADOS DEL CONDADO

Costo de la Conferencia: $20.00

Escribir cheque a: County of Los Angeles Department of Mental Health

Nombre (Primero y Apellido):	Número de Empleado:
Lugar de Trabajo (Dirección):	
Marque la Casilla Apropriada: ❒ DMH	❒Otro Dept. (especificar)
Nombre del Supervisor (Letra de Molde):	Firma de Supervisor:

PLAZO PARA LA REGISTRACIÓN: miércoles, 7 de septiembre de 2011. TIENE QUE PRE-REGISTRARSE PARA ESTE EVENTO! EDADES 16 A ADULTO.

Favor de envíar la registración completa por correo, fax o someter en persona a:

Los Angeles County Department of Mental Health
Program Support Administration-Client Peer Relations
695 S. Vermont Avenue, 8th Floor
Los Angeles, CA 90005
ATTN: Leticia Flores
FAX: (213) 252-4560

Una registración por persona.

Si usted tiene preguntas sobre la registración y la conferencia favor de llamar a: Leticia Flores al (213) 251-6531

ACOMODACION(ES) ESPECIAL:

Marcar la apropiada casilla(s) de abajo si usted necesita acomodaciones especiales.

- ❒ Traducción en Inglés (especifique el formato: oral y/o escrito): _____
- ❒ Lenguaje de Señas
- ❒ Otra (favor de escribir): _____

2011 Conference Registration Form

8th Annual Spanish Hope and Recovery Conference

ESPERANZA

Tuesday, September 13, 2011

Empowering Our Lives: "Never Give Up"

DoubleTree by Hilton, Culver City

PLEASE PRINT CLEARLY

Name (First and Last):	Working Title (if applicable):
(Please check all that apply). ❒ Client ❒Family Member ❒ Mental Health Staff ❒ Community Supporter	
Agency/Organization (if applicable):	
Address:	
City: State:	Zip/Postal Code:
Telephone: ( )	Fax: ( )
Email:	

ALL COUNTY EMPLOYEES

Conference Fee: $20.00

Make Check Payable to: County of Los Angeles Department of Mental Health

Name (First and Last):	Employee Number:
Work Location (Address):	
Please Check Appropriate Box: ❒ DMH ❒ Other Dept. (specify)	
Supervisor's Name (Print):	Supervisor's Signature:

REGISTRATION DEADLINE: **Wednesday, September 7, 2011**. **YOU MUST PRE-REGISTER FOR THIS EVENT!**

AGES 16 THROUGH ADULT.

Please mail, fax or submit in person completed registration form to:

Los Angeles County Department of Mental Health
Program Support Administration-Client Peer Relations Unit
695 S. Vermont Avenue, 8th Floor
Los Angeles, CA 90005
ATTN: Leticia Flores
FAX: (213) 252-4560

One registration form per attendee.

For questions on registration and conference information contact Leticia Flores at (213) 251-6531.

SPECIAL ACCOMMODATION(S):

Check appropriate box(es) below if you need Special Accommodations.

- ❒ English language translation: (specify formats: oral and/or written) _____
- ❒ Sign language (Deaf/Hearing Impaired)
- ❒ Other (please list): _____