10TH ANNUAL ESPERANZA/SPANISH HOPE & RECOVERY CONFERENCE

Enriching Our Lives: "With A Little Help From Our Friends"

Wednesday, July 11, 2012
DoubleTree by Hilton, Culver City

2012 Conference Registration Form

INFORMATION: (PLEASE PRINT CLEARLY)

Name (First and Last): _____

(Please check all that apply) ☐ Client ☐ Family Member ☐ Parent ☐ Caretaker
☐ DMH Staff ☐ Contract Provider ☐ Other County

Agency/Organization (if applicable): _____ Work Title (if applicable): _____

Address/City/State/Zip: _____

Telephone: _____ Fax: _____ Email: _____

SPECIAL ACCOMMODATIONS:

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

☐ Language Interpretation (oral: specify language) _____

☐ Language Translation (written: specify language) _____

☐ American Sign Language ☐ Diabetic Menu ☐ Transportation (specify area) _____

☐ Other (please list) _____

ALL COUNTY EMPLOYEES AND CONTRACT PROVIDERS:

Conference Fee: $20 **Make checks payable to: County of Los Angeles Department of Mental Health**

Employee Number (County only) _____

Supervisor's Name (Print-County only): _____ Signature: _____

REGISTRATION DEADLINE: **June 27, 2012 by 5:00 P.M.**

YOU MUST REGISTER! **Ages 16 – Adult**

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

County of Los Angeles - Department of Mental Health
Program Support Bureau-Administration
550 S. Vermont Avenue, 5th Floor, Suite 508, Los Angeles, CA 90020
FAX: (213) 252-8767

For questions on registration and conference, please contact
Keianna Crenshaw KCrenshaw@dmh.lacounty.gov at (213) 739-7349 or
Meri Ghazaryan MGhazaryan@dmh.lacounty.gov at (213) 738-3783 or
Leticia Flores LFlores@dmh.lacounty.gov at (213) 738-3517.

10MA CONFERENCIA ANUAL DE ESPERANZA Y RECUPERACIÓN

Enriqueciendo Nuestras Vidas: "Con Un Poco De Ayuda De Nuestros Amigos"

Miércoles, 11 de julio de 2012
DoubleTree by Hilton, Culver City

Forma de Registro para la Conferencia de 2012

INFORMACIÓN: (FAVOR DE ESCRIBIR CLARO)

Nombre (Primer y Apellido): _____

(Favor de marcar casilla apropiada) ☐ Cliente ☐ Miembro de Familia ☐ Padre/Madre ☐ Cuidadores
☐ Empleado de DMH ☐ Proveedor de Contracto ☐ Otro Condado

Agencia/Organización (si aplica): _____ Posición de Trabajo (si aplica):_____

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

ACOMODACION(ES) ESPECIAL(ES):

Marcar la apropriada casilla(s) de abajo si usted necesita Acomodaciones Especiales

☐ Interpretación de Lenguage (oral: especifique el lenguage) _____

☐ Traducción de Lenguage (escrito: especifique el lenguage)_____

☐ Lenguage de Señas ☐ Menu Diabético ☐ Transportación (especifique el area) _____

☐ Otro (favor de indicar) _____

TODOS EMPLEADOS DEL CONDADO Y PROVEEDORES DE CONTRACTOS:

Costo de Conferencia: $20 Escribir cheque a: County of Los Angeles Department of Mental Health

Número de Empleado (Condado solamente) _____

Nombre de Supervisor (Letra de molde-Condado solamente): _____ Firma: _____

PLAZO PARA REGISTRACIÓN: **27 de junio de 2012 no más tarde de 5:00 P.M.**

¡TIENE QUE REGISTRARSE! Edades de 16 Años a Adulto

Favor de enviar la registración completa por correo electrónico, fax, correo o someter en persona:

County of Los Angeles - Department of Mental Health
Program Support Bureau-Administration
550 S. Vermont Avenue, 5th Floor, Suite 508, Los Angeles, CA 90020
FAX: (213) 252-8767

Para preguntas sobre la registración y conferencia, favor de contactar
Keianna Crenshaw KCrenshaw@dmh.lacounty.gov al (213) 739-7349 o
Meri Ghazaryan MGhazaryan@dmh.lacounty.gov al (213) 738-3783 o
Leticia Flores LFlores@dmh.lacounty.gov al (213) 738-3517.