LOS ANGELES COUNTY DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
APLICACIÓN PARA EL ENTRENAMIENTO
LIDERAZGO DE CLIENTES

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre: _____

Apellido Nombre de Pila

Dirección: _____

Numero

_____

Ciudad Código Postal

Teléfono: _____

De casa celular otro

Correo Electrónico:_____

¿Con qué frecuencia habre su correo electrónico?

Referencia (profesional de salud mental que lo/la recomienda para este programa)

Nombre: _____

Apellido Nombre de Pila

Correo Electrónico _____Teléfono_____

Elegibilidad:

Este entrenamiento es para las personas que no han participado en los últimos entrenamientos de Liderazgo de Clientes. Está diseñado para los clientes que están trabajando en su camino a la recuperación, y les va bien. Usted debe estar dispuesto/a a comprometerse a los siguientes requisitos:

- Trabajar en un proyecto en su comunidad o en LACDMH donde usted puede utilizar las habilidades que se aprenden en este entrenamiento.
- Asistir a todas las cuatro sesiones y participar activamente
- Completar las tareas
- Responder a las preguntas que figuran al otro lado de esta página:

PRESENTAR SOLICITUDES: CORREO ELECTRÓNICO: malquijay@dmh.lacounty.gov O POR FAX: (213) 252-8767

WELLNESS • RECOVERY • RESILIENCE

MENTAL HEALTH SERVICES ACT IN ACTION THIS TRAINING IS SPONSORED BY LACDMH/E&A DIVISION

Por favor, conteste las siguientes preguntas. Si necesita más espacio, puede adjuntar otra hoja de papel:

1. ¿Cuál es un proyecto en su comunidad o en LACDMH en el que le gustaría estar involucrado/a?

2. ¿Cómo quiere estar involucrado/a con este proyecto? (por ejemplo, como miembro de un equipo, como un organizador de actividades, como presentador, etc)

3. Cuando está dispuesto/a a iniciar los esfuerzos de los voluntario? (Por favor, seleccione una fecha dentro de un mes desde la finalización de su formación. Vea las fechas en la página siguiente)

Nombre: _____

Escriba con letras de imprenta Firma

Fecha: _____

PRESENTAR SOLICITUDES: CORREO ELECTRÓNICO: malquijay@dmh.lacounty.gov O POR FAX: (213) 252-8767