CONDADO DE LOS ÁNGELES – DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN y SUPERVISIÓN DE MHSA

ADJUNTO N.° 4

FORMULARIO DE RECLAMO DEL FONDO DE ACTIVIDADES DEL CLIENTE (CAF)

Nombre:_____ ¿En qué **Área de servicio** vive? _____

Dirección:_____Ciudad:_____Estado:_____Código postal:_____

Número de teléfono:_____**Identificación del vendedor:**_____

Reuniones del mes de:

1

Nombre de la reunión: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

_____ _____ _____
Nombre del facilitador/Coordinador **Firma** **Fecha**

2

Nombre de la reunión: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Dirección:_____ Ciudad: _____ Estado: _____Código postal: _____

_____ _____ _____
Nombre del facilitador/Coordinador **Firma** **Fecha**

3

Nombre de la reunión: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Código postal: _____

_____ _____ _____
Nombre del facilitador/Coordinador **Firma** **Fecha**

Firma del solicitante:_____**Fecha:**_____

Firma del enlace del Área de servicio del DMH: _____ **Fecha:** _____

Todos los formularios de reclamo del CAF mensuales deben enviarse al enlace del Área de servicio del DMH para su revisión y aprobación, mediante el cual serán presentados a la administración de MHSA para su aprobación y procesamiento de pagos. Tenga en cuenta que la administración de MHSA no aceptará NINGÚN reclamo que no haya sido aprobado y presentado por el enlace del Área de servicio del DMH.

Comuníquese con CAF@dmh.lacounty.gov si tiene alguna pregunta o consulta.