

의뢰인 활동 자금(**Client Activity Fund, CAF**)
참여자 가입 규약(**Participant Onboarding Protocol**)

인증서

모든 CAF 참여자는 의무적으로 다음을 인증해야 합니다:

본인은 CAF 참여자 가입 규약을 읽었고, 검토했으며 이를 이해하고, 이에 포함된 모든 규제를 충실히 지키고 준수할 것을 약속합니다.

CAF 적격 회의에서 본인의 참여 및 피드백이 LA 카운티 정신건강부에서 카운티의 정신건강 서비스, 프로그램 및 서비스 전달 시스템을 돕는 데 전반적으로 대단히 중요하다는 점을 이해합니다.

회의의 행동 수칙(Meeting Code of Conduct)을 충실히 지키고, 요구되는 양식을 작성하거나 제출하는 데 도움이 필요하다면 본인의 서비스 구역 연락 담당자에게 연락할 것에 동의합니다.

정자체로 이름 기입: _____

일자: _____

서명: _____

접수자:

서비스 구역 연락 담당자 이름: _____

일자: _____

서명: _____

참고: 서비스 구역 내비게이터 - 인증서는 오직 다음 주소로만 제출합니다:

CAF@dmh.lacounty.gov