

**PROTOCOLO DE INCORPORACIÓN DE PARTICIPANTES
DEL FONDO DE ACTIVIDADES DEL CLIENTE (CAF)**

DECLARACIÓN

TODOS los participantes del CAF deben certificar lo siguiente:

Reconozco que he leído, revisado y comprendido el Protocolo de incorporación de participantes del CAF y cumpliré con todas las reglas y regulaciones incluidas en él.

Entiendo que mi participación y comentarios en las reuniones elegibles del CAF son vitales para ayudar al Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles a mejorar los servicios, programas y el sistema de prestación de servicios de salud mental del Condado en general.

Acepto cumplir con el Código de Conducta de la reunión y me comunicaré con mi enlace del Área de servicio si necesito ayuda para completar o enviar los formularios requeridos.

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Recibido por:

Nombre del enlace del Área de servicio: _____

Fecha: _____

Firma: _____

NOTA: Navegador del Área de servicio: envíe la página de Declaración solo a:

CAF@dmh.lacounty.gov