

CONDADO DE LOS ÁNGELES – DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**PROTOCOLO DE INCORPORACIÓN DE PARTICIPANTES DEL FONDO DE
CAFACTIVIDADES DEL CLIENTE (CAF)****I. INTRODUCCIÓN**

El Fondo de Actividades del Condado (CAF) se estableció para proporcionar estipendios* a los residentes del condado de Los Ángeles que deseen participar en el Proceso de Planificación Comunitaria de la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA). Este protocolo de incorporación de participantes del CAF proporcionará información detallada sobre:

- Quién puede recibir un estipendio del CAF
- Cómo solicitar ser participante del CAF
- Cómo completar una identificación y certificación de contribuyente en el formulario IRS W-9
- Cómo inscribirse como proveedor en el condado de Los Ángeles
- Acceder a reuniones aprobadas por la MHSA que son elegibles para un estipendio del CAF
- Tarifas de estipendio
- Proceso de solicitud de estipendio del CAF

El Enlace del Área de Servicio del DMH juega un papel importante en ayudar a los participantes a completar los formularios requeridos cuando un participante no tenga una computadora o acceso a Internet, verificar la asistencia a las reuniones aprobadas y presentar reclamos del CAF a la administración de MHSA para su pago.

**Nota: Es responsabilidad del participante del CAF garantizar que los estipendios recibidos del DMH no afecten los beneficios del Seguro Social, la Sección 8 o el Alivio General que actualmente recibe. Cualquier pregunta o inquietud debe dirigirse directamente a las agencias respectivas para obtener orientación y asesoramiento.*

II. ELEGIBILIDAD

Aunque el Departamento de Salud Mental (DMH) del condado de Los Ángeles da la bienvenida a todos los residentes del condado de Los Ángeles a participar en el Proceso de Planificación Comunitaria (CPP) de la MHSA, se recomienda a los consumidores, familiares, padres y cuidadores con experiencias vividas que se unan y compartan sus experiencias y aportes.

El Departamento de Salud Mental del condado de Los Ángeles ofrecerá una capacitación anual del CAF al comienzo de cada año fiscal para explicar cómo los participantes pueden recibir un estipendio del CAF por su participación, revisar las pautas del CAF, responder preguntas y anunciar cualquier cambio o actualización que haya ocurrido desde el año anterior.

Todas las personas interesadas en recibir un estipendio deben:

- Tener un número de seguro social válido
- Completar una solicitud
- Inscribirse como proveedor registrado en el condado de Los Ángeles
- Firmar la declaración al final de las Guías del CAF certificando que han leído y comprendido las reglas y regulaciones contenidas en ellas.

III. PROCESO DE SOLICITUD

Todos los participantes de la reunión de actores clave que deseen recibir un estipendio del CAF deben completar una Solicitud del CAF (Adjunto n.º 1). La solicitud le permite al DMH recopilar información específica requerida por el Estado, como por ejemplo si el participante es nuevo en el proceso de planificación, si es un consumidor, cuidador o miembro de la familia, o si presta servicios como voluntario o trabajador de extensión de bienestar o extensor de servicios, etc.

CONDADO DE LOS ÁNGELES – DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

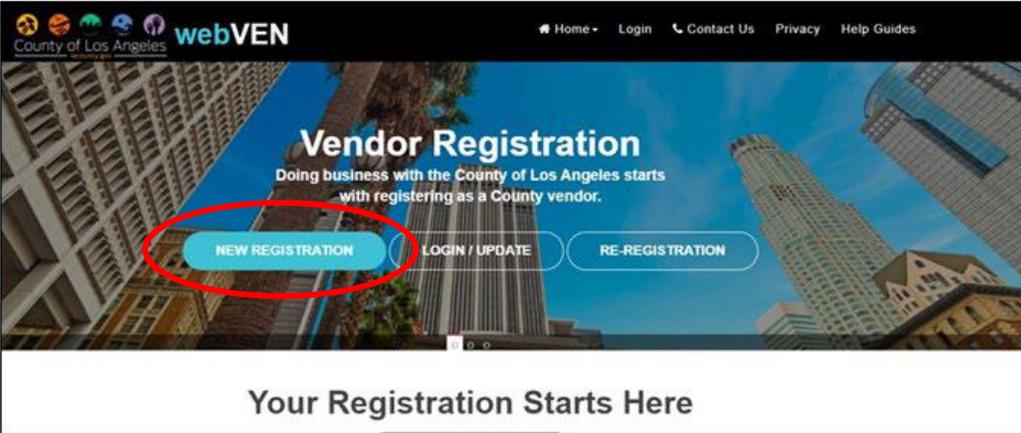
PROTOCOLO DE INCORPORACIÓN DE PARTICIPANTES DEL FONDO DE CAFACTIVIDADES DEL CLIENTE (CAF)

Los solicitantes también deben completar y enviar un formulario W-9 de Solicitud y Certificación del Número de Identificación del Contribuyente (Adjunto n.º 2). Esta información es necesaria para el sistema WebVen del condado, que se explica en la siguiente sección: Inscripción como proveedor del condado.

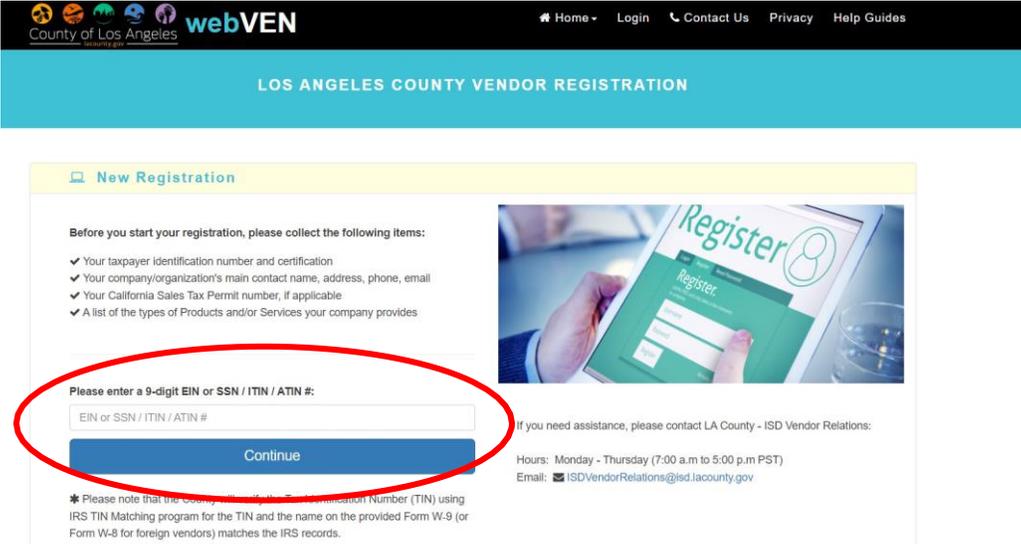
Envíe la solicitud completa y el formulario W-9 por correo electrónico a: CAFcoChair@dmh.lacounty.gov.

IV. INSCRIPCIÓN COMO PROVEEDOR DEL CONDADO

El primer paso para inscribirse como proveedor del condado de Los Ángeles es visitar: <https://camisvr.co.la.ca.us/webven/>. Para empezar, haga clic en “NEW REGISTRATION” (NUEVO REGISTRO), tal como se muestra a continuación en un círculo rojo.



Luego, ingrese su número de Seguro Social, tal como se muestra a continuación en un círculo rojo, y haga clic en “Continue” (Continuar):



CONDADO DE LOS ÁNGELES – DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

PROTOCOLO DE INCORPORACIÓN DE PARTICIPANTES DEL FONDO DE CAFACTIVIDADES DEL CLIENTE (CAF)

Paso 1: Perfil del proveedor

Ingrese las siguientes opciones cuando se le soliciten en los cuadros con números que se muestran a continuación:

LOS ANGELES COUNTY VENDOR REGISTRATION

STEP 1 - Enter Vendor Profile

Please enter the company/organization profile information. Fields with asterisk (*) are required.

Organization Type* #1 Individual

TIN Type* #2 Individual (SSN / ITIN / ATIN)

TIN Number* 323232323

Legal Business Name* #3 JANE MI. DOE

Alias/DBA Name (Optional)

Non-Profit* #4 No

1099 Required* #5 Yes

Number of Employees* #6 0

Business Type* #7 Other

Independently Owned* #8 Yes

Gross Revenue* #9 0 - 100,000

Click save to complete Step 1. Save / Next

Paso 2: Dirección de pago

Asegúrese de completar todos los campos obligatorios marcados con un asterisco rojo *. Nota especial: ingrese “no” en el recuadro “CA Sales Tax Permit” (Permiso de impuesto sobre las ventas de CA), tal como se muestra a continuación en un círculo rojo.

LOS ANGELES COUNTY VENDOR REGISTRATION

STEP 2 - Payment address and Contact Information. Fields with asterisk (*) are required.

*Address 1

Address 2

*City

*Country United States of America

*State California

*County LOS ANGELES

*Zip Zip+4

*CA Tax Status IN STATE

CA Sales Tax Permit

*Contact Name

*Phone Ext.

Alternate Phone Ext.

Fax Ext.

Alternate Fax Ext.

*Email

Alternate Email

Click save to complete Step 2. Save / Next

CONDADO DE LOS ÁNGELES – DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

PROTOCOLO DE INCORPORACIÓN DE PARTICIPANTES DEL FONDO DE CAFACTIVIDADES DEL CLIENTE (CAF)

Paso 3: Ingrese la certificación IRS -W9

STEP 3 - Enter IRS W-9 Certification

To register as a Los Angeles County vendor you are required to complete the Taxpayer Identification Number and Certification information (IRS Form W-9).
Go to www.irs.gov/FormW9 for instructions and the latest information.

Fields with asterisk (*) are required.

1. Name (as shown on your income tax return)* 2. Business name/disregarded entity name (Alias Name)

3. Federal Tax Classification* -- OR -- Limited Liability Company -- OR -- Other
Please select a tax classification of the entity/person whose name is entered on line 1 above.

The Tax Class field is required.

4. Exemptions (Codes apply only to certain entities, not individuals)
Exempt Payee Code (if any) Exemption from FATCA reporting (if any)

5. Address* (number, street, and apt. or suite no.)

6. City* State* Zip* Zip+4

The Internal Revenue Service does not require your consent to any provision of this document other than the certifications required to avoid backup withholding.

7. Certification* Signature* Date* Taxpayer Identification Number (SSN/EIN)*

Asegúrese de hacer clic en el cuadro verde en la parte inferior, tal como se muestra a continuación en un círculo rojo.

W-9 Requirements & Certification

Under penalties of perjury, I certify that:

- The number shown on this form is my correct taxpayer identification number (or I am waiting for a number to be issued to me); and
- I am not subject to backup withholding because: (a) I am exempt from backup withholding, or (b) I have not been notified by the Internal Revenue Service (IRS) that I am subject to backup withholding as a result of a failure to report all interest or dividends, or (c) the IRS has notified me that I am no longer subject to backup withholding; and
- I am a U.S. citizen or other U.S. person (defined below); and
- The FATCA code(s) entered on this form (if any) indicating that I am exempt from FATCA reporting is correct.

Certification instructions:
Disregard item 2 above if you have been notified by the IRS that you are currently subject to backup withholding because you have failed to report all interest and dividends on your tax return. For real estate transactions, item 2 does not apply.

Definition of a U.S. person
For federal tax purposes, you are considered a U.S. person if you are:

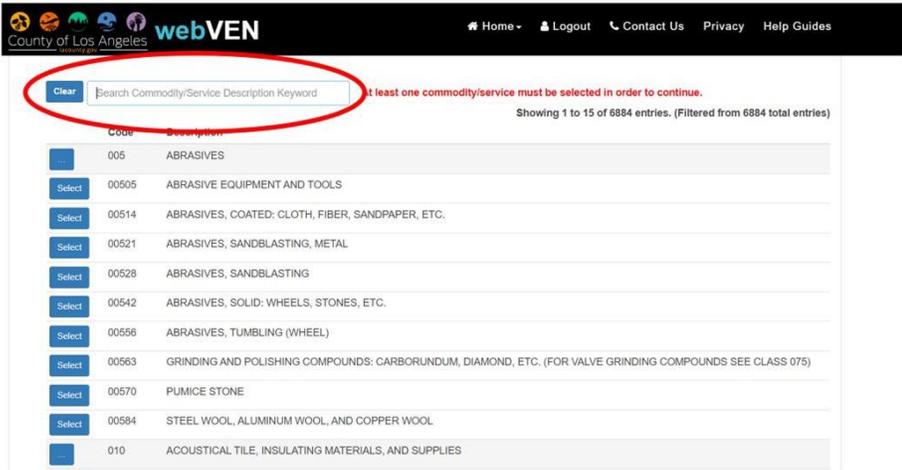
- An individual who is a U.S. citizen or U.S. resident alien
- A partnership, corporation, company, or association created or organized in the United States or under the laws of the United States
- An estate (other than a foreign estate); or
- A domestic trust (as defined in Regulations section 301.7701-7).

CONDADO DE LOS ÁNGELES – DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

PROTOCOLO DE INCORPORACIÓN DE PARTICIPANTES DEL FONDO DE CAFACTIVIDADES DEL CLIENTE (CAF)

Paso 4: Búsqueda de productos básicos

Ingrese la palabra “volunteer” (voluntario) en el recuadro que se muestra a continuación en un círculo rojo para que se complete automáticamente con SERVICIOS VOLUNTARIOS (AYUDA PARA LOCALIZAR VOLUNTARIOS) y haga clic en “Save/Next” (Guardar/Siguiente) en la parte inferior.



Click Save to complete Step 4. Save / Next

Paso 5: Crear una cuenta de usuario

Complete según se indica a continuación:

Please create your user login account information. **Fields with asterisk (*) are required.**

Your Name*

First Name Last Name

Your Email*

UserID* (Between 5 to 20 characters, no spaces and special characters)

Password* **Confirm Password***

Password requirements:

1. Between 8 to 16 characters
2. At least 1 numeric character
3. At least 1 alphabetical character
4. At least 1 special character (!, @, #, \$, %, *)

Click on the registration steps above to expand the panels and review/edit your information.
When completed, click the Finished button to submit your vendor registration:

CONDADO DE LOS ÁNGELES – DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

PROTOCOLO DE INCORPORACIÓN DE PARTICIPANTES DEL FONDO DE CAFACTIVIDADES DEL CLIENTE (CAF)

Obtener ayuda con WebVen

Si necesita ayuda con su registro en WebVen, comuníquese con:

LA County ISD Vendor Relations
(323) 267-2725
Lunes a jueves, 7:00 a. m. a 5:00 p. m.
ISDVendorRelations@isd.lacounty.gov

VI. REUNIONES Y EXCEPCIONES ELEGIBLES DE MHSA SOBRE EL ESTIPENDIO DEL CAF

Una vez que se hayan completado todos los pasos anteriores, estará calificado para recibir un estipendio para asistir a cualquiera de las siguientes reuniones elegibles del CAF:

- Reuniones del Equipo de Liderazgo del Área de Servicio (SALT)
- Reuniones de la Comisión de Salud Mental (MHC)
- Reuniones de Comunidades Culturales Desatendidas (UsCC)
- La administración de la MHSA aprobó reuniones de planificación comunitaria ad hoc
- Reuniones del Comité de Competencia Cultural (CCC)

Excepciones

Las siguientes reuniones y actividades NO califican para un estipendio del CAF:

- Asistir a una conferencia
- Reuniones del Comité Directivo, reuniones de presupuesto, grupos de trabajo, reuniones ad hoc no aprobadas

Además, los copresidentes de SALT y UsCC **NO** pueden recibir un estipendio por las reuniones que presiden, ni por su participación en las reuniones de la Comisión de Salud Mental en pleno o en las reuniones del Equipo de Liderazgo Comunitario (CLT).

Un cronograma de reuniones anual aprobado por el CAF está disponible al comienzo de cada año fiscal. (Adjunto n.º 4). Además, el facilitador de cualquier reunión a la que desee asistir podrá verificar si es una reunión elegible para el CAF.

VII. TASAS Y MÁXIMOS DE ESTIPENDIOS DEL CAF

Los estipendios del CAF se pagarán a tasas de \$50 por reunión elegible, limitado a tres reuniones por mes para un reembolso máximo de \$150 por mes.

VIII. ASISTENCIA A REUNIONES

Código de Conducta

Se espera que todos los participantes de las reuniones y actividades del CPP de la MHSA cumplan con el siguiente Código de Conducta:

CONDADO DE LOS ÁNGELES – DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

PROTOCOLO DE INCORPORACIÓN DE PARTICIPANTES DEL FONDO DE CAACTIVIDADES DEL CLIENTE (CAF)

- Tratar a todos los participantes con amabilidad, respeto y consideración, valorando la diversidad de puntos de vista y opiniones (incluidas aquellas con las que no esté de acuerdo)
- Comunicarse abiertamente y con respeto hacia los demás participantes
- Abstenerse de cualquier agresión verbal, comportamiento y discurso discriminatorio, acosador o intimidante dirigido hacia otros participantes.
- Respetar las reglas y políticas de la reunión

El incumplimiento del Código de Conducta puede prohibirle asistir a futuras reuniones y/o eventos de divulgación y participación durante un máximo de seis meses.

Verificación de asistencia

Es responsabilidad de cada beneficiario del CAF asegurarse de haberse registrado en todas las reuniones para las cuales desea recibir un estipendio. Los facilitadores de reuniones deben tener una hoja de registro físico para quienes asisten en persona y una hoja de registro electrónica para quienes desean asistir virtualmente.

Los participantes del CAF que llamen y no puedan iniciar sesión electrónicamente deben solicitarle al facilitador o al Enlace del Área de Servicio que inicien sesión electrónicamente por ellos. Solo aquellos, cuyos nombres hayan sido verificados en las hojas de registro, pueden recibir estipendios.

El Enlace del Área de Servicio es responsable de mantener y verificar a los asistentes en todas las reuniones aprobadas por el CAF.

IX. Proceso de reclamo

Los participantes del CAF deberán reclamar sus estipendios usando el Formulario de Reclamo del CAF (Adjunto n.º 4). El formulario debe completarse en su totalidad, firmarse electrónicamente o a mano y enviarse al Enlace del Área de Servicio.

El Enlace del Área de Servicio deberá:

- Verificar la información enviada en el formulario
- Aprobar con firma electrónica
- Adjuntar una copia escaneada de la hoja de registro de cada reunión realizada y
- Presentar electrónicamente el formulario de reclamo del CAF firmado y aprobado y las hojas de registro de reuniones a:

CAFChair@dmh.lacounty.gov

Los reclamos del CAF DEBEN presentarse dentro de los 30 días siguientes al mes de asistencia a las reuniones realizadas. El incumplimiento de este requisito dará lugar a la falta de pago de los estipendios de dichas reuniones.

NOTA: Según las regulaciones del IRS, el condado de Los Ángeles emitirá un Formulario de ingresos varios 1099 del IRS a todos los participantes del CAF antes del 31 de enero de cada año. Si no recibe su formulario antes del 31 de enero, envíe un correo electrónico al Contralor Auditor a GC1099@auditor.lacounty.gov para solicitar uno. El correo electrónico que les envíe debe incluir su nombre y los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (número de identificación del contribuyente).