



CONTRA COSTA HEALTH

1340 Arnold Drive, Suite 200, Martinez, Ca 94553 | Phone: (925) 957-5150 | Fax: (925) 957-5156
cchealth.org

SOLICITUD DE REVISIÓN DE CUESTIONES CONFORME A LA LEY DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (MHSA) INFORMACIÓN DE CONTACTO

Deseo mantener el anonimato Nombre _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____

Tipo de revisión de cuestiones conforme a la MHSA

- Proceso de planificación comunitaria en virtud de la MHSA
- La congruencia entre los planes en virtud de la MHSA aprobados y la implementación de los programas
- Prestación de servicios de salud mental financiados conforme a la MHSA
- Otro

Describa el problema que le gustaría que se resolviera (por favor, sea específico). (Adjunte una hoja por separado si necesita más espacio).

¿Qué propone como solución?

Firma

Fecha

SOLO para uso de la oficina / For Office Use ONLY

Issue Received By (The Employee) _____

Date Issue Was Received _____

Resolution Status: In Review

Referred to Sr.Mgmt/ Director Resolved

Date of Status: _____

Actions Taken/Comments: _____

Nombre del revisor en letra de molde

Firma del revisor

Envíe el formulario completo al gerente del programa MHSA en mano, por correo electrónico a mhsa@cchealth.org o por fax al 925-957-5217.

MHA-055-ES Rev 01-2023 MHSA Issue Review Request