# Condado de Lake Salud Mental

Acta de Servicios de Salud Mental (MHSA)

Proceso de Resolución de Problemas (IRP *por sus siglas en inglés*)

*(Nota: Si usted desea recibir una respuesta acerca de su preocupación, por favor complete la información de contacto; si no esta información será opcional.)*

Fecha: _____ Nombre (opcional): _____

Teléfono (opcional): _____ Domicilio (opcional): _____

**Problema(s) para resolver:**

- ❑ Inconsistencias entre el Plan MHSA aprobado y la implementación
- ❑ Inquietudes sobre el Proceso de Planificación del Programa Comunitario Local
- ❑ Uso inapropiado de los fondos de MHSA

| **Describa el Problema (**Resuma su preocupación con la mayor cantidad de detalles posible)**:** | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| **¿Qué acción recomienda para lograr el cumplimiento de MHSA?** (¿Que le gustaría ver que suceda?) | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| **Firma (opcional):** | **Fecha:** |
| ******SOLO PARA USO DE OFICINA****** | |
| ***To be completed by MHSA Coordinator*** <br> **Investigation/Resolution:** | |

**Favor de completar la forma y enviar, dejar, o mandar por fax al Condado de Lake Salud Mental:**

Address: PO Box 1024, Lucerne, CA 95458 FAX: 707-274-9192