Submit

Ley de Servicios de Salud Mental
Plan de Educación y Entrenamiento de la Fuerza Laboral
Condado de San Bernardino Departamento de Salud Mental

Formulario para Comentarios de Personal Interesadas

Gracias por su interés durante el Periodo de Revisión Publica del Condado de San Bernardino para el Programa Apartamentos de Vivienda Lantern Woods. Por favor, comparta sus comentarios utilizando este formulario antes del 10 de diciembre del 2010.

¿Cuál es su edad?
☐ 0-17 años ☐ 18-24 años ☐ 25-59 años ☐ 60 + año

¿Cual es su sexo?
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro

¿En qué región vive usted?
☐ Región del Valle Central
☐ Región del Desierto/Montaña
☐ Región del Valle del Este
☐ Región del Valle del Oeste

¿A qué grupo representa usted?
☐ Familiar de una persona recibiendo servicios
☐ Persona recibiendo servicios de salud mental
☐ Orden Publica (Policía, centro de justicia)
☐ Personal Escolar
☐ Agencia Comunitaria
☐ Agencia de fe (iglesia)
☐ Personal del Condado de San Bernardino
☐ Servicios Humanos
☐ Proveedor de atención medica
☐ Miembro de la Comunidad

¿Cual es su etnicidad?
☐ Latino(a)/Hispano(a)
☐ Afro-Americano(a)
☐ Europeo –Americano(a)/Blanco(a)
☐ Asiático(a)/de las Islas del Pacifico
☐ Nativo(a)-Americano(a)
☐ Otro (especifique) _____

¿Cuál es su opinión general sobre el Programa Apartamentos de Vivienda Lantern Woods?

☐	☐	☐	☐	☐
Muy Satisfecho	Algo Satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy Satisfecho

Por favor describa las aéreas del Programa de Apartamentos de Vivienda Lantern Woods que usted encontró ser positivas.

Que preocupaciones o recomendaciones tiene usted con respecto al Programa Apartamentos de Vivienda Lantern Woods.

Gracias otra vez por haber tomado el tiempo de revisar y proporciona sus comentarios sobre el Programa Apartamentos de Vivienda de Lantern Woods. Esperamos que seguirá participando en este esfuerzo interesante para mejorar los servicios a los residentes de nuestro condado.