EVENING WITH THE STARS
AWARD NOMINATION FORM

The National Alliance on Mental Illness in collaboration with
San Bernardino County Department of Behavioral Health and Behavioral Health Commission
invite you to nominate a deserving individual who has made a difference in the field of behavioral health.

Which deserving person will you nominate?

A panel will select the award recipient based on nominations received. Nominations may be submitted by colleagues or friends. The nominees chosen will receive special recognition at the annual "Evening with the Stars" awards banquet.

All entries must be received by 4:00 p.m., Friday, March 25, 2016

Name of nominee:_____ Phone: (____) _____

Address: _____City: _____ Zip:_____

Please select nomination category

- ☐ Department of Behavioral Health County Program
- ☐ Department of Behavioral Health Contract Agency
- ☐ Department of Behavioral Health Staff Member
- ☐ Department of Behavioral Health Contract Staff Member
- ☐ Peer Advocate
- ☐ Family Member
- ☐ Behavioral Health Community Advocate

1) Describe the nominee's commitment to behavioral health issues and how long the nominee has been involved in service.

2) What activities or special challenges should be recognized?

3) Additional information about the nominee.

Name of nominator:_____ Phone: (____) _____

(This information will be used to contact you if your nominee is selected)

Please submit nominations by 4:00 p.m., Friday, March 25, 2016 to
San Bernardino County • Department of Behavioral Health • Community Outreach and Education
Fax to: (909) 890-0868 or email to: Claudia.Silva@dbh.sbcounty.gov
For further information call Claudia Silva at (909) 383 - 3965 or 7-1-1 for TTY users.

Submit

FORMULARIO DE NOMINACION PARA LA VELADA CON LAS ESTRELLAS

La Alianza Nacional de Enfermedades Mentales en colaboración con el Departamento de Salud Mental y la Comisión de Salud Mental del Condado de San Bernardino le invita a nominar a un individuo merecido que halla hecho una diferencia en el campo de la salud mental.

¿Qué persona usted cree merece ser nominada?

Un panel seleccionará al ganador del premio basándose en las nominaciones recibidas. Las nominaciones pueden ser presentadas por colegas o amigos. Los nominados elegidos recibirán un reconocimiento especial en el banquete de premiación de la VELADA CON LAS ESTRELLAS.

Las nominaciones se recibirán hasta las 4:00 p.m., Viernes, 25 de marzo del 2016.

Nombre del nominado: _____Teléfono:(__)_____
Domicilio: _____Ciudad: _____Código postal:_____
Agencia (si aplica):_____Título:_____

Por favor seleccione la categoría de la nominación:

- ☐ Programa del Condado del Departamento de Salud Mental
- ☐ Agencia Contratada del Condado del Departamento de Salud Mental
- ☐ Miembro del Personal del Condado del Departamento de Salud Mental
- ☐ Contratista del Condado del Departamento de Salud Mental
- ☐ Defensor de Pares
- ☐ Miembro de Familia
- ☐ Apoyo a compañeros de la Comunidad de Salud Mental

1.) Describa el compromiso que el nominado ha demostrado durante la realización de los servicios de salud mental y el tiempo en que ha estado participando en dichos servicios.

2.) ¿Qué actividades o desafíos especiales deben ser reconocidos?

3) Información adicional sobre el nominado.

Nombre de nominador:_____Teléfono: (____) _____

Favor de entregar las nominaciones antes de las 4:00 p.m., viernes, 25 de marzo del 2016
Condado de San Bernardino • Departamento de Salud Mental • Actividades de Alcance Comunitario y Educación
Envíe vía fax a: (909) 890-0868 o por correo electrónico a: Claudia.Silva@dbh.sbcounty.gov
Para más información llame a Claudia Silva al (909) 383-3965 o a1: 7-1-1 si usted es usuario de TTY