

## FORMULARIO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE LA LEY DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (MHSA)

<b>INFORMACIÓN DEL CONTACTO</b>			
<input type="checkbox"/> Deseo permanecer en el anonimato, tenga en cuenta: no recibirá una respuesta si es anónimo	Nombre		Número de teléfono
Dirección		Ciudad	Estado      Código postal
Dirección de correo electrónico			
Describa el problema que le gustaría abordar, por favor sea específico (adjunte una hoja separada si necesita más espacio)			
¿Qué propones como solución?			

---

Firma

---

Fecha

<b>For Office Use ONLY (Sólo para uso de oficina)</b>			
Issue Received By (Name)		Date Issue Was Received	
Resolution Status:	<input type="checkbox"/> In Review	<input type="checkbox"/> Referred to Sr. Mgmt./Director	<input type="checkbox"/> Resolved
Date of Status:			
Actions Taken/Comments			
Reason(s) for Decision			

---

Print Reviewer's Name

---

Reviewer's Signature

**Envíe su formulario a:**

[MHSA@sonoma-county.org](mailto:MHSA@sonoma-county.org)

Department of Health Services

Behavioral Health

Mental Health Services Act Coordinator

2227 Capricorn Way

Santa Rosa, CA 95407

Phone: (707) 565-4909