



San Mateo County
Behavioral Health & Recovery Services (BHRS)
 Factura de abonos para consumidores y miembros de familia

BHRS ofrece abonos para compensar a los consumidores / miembros de la familia por su colaboración en las actividades importantes de BHRS como comités, consultas, grupos de enfoque, revisión de programas, paneles de contratación, etc.

Por favor complete esta factura clara y completamente. Tanto el consumidor/miembro de familia como el presidente del comité de BHRS deben firmarla.

El consumidor/miembro de familia colaboró en la siguiente actividad de BHRS: _____

Fecha: _____ Número de horas: _____

Nombre	
Dirección	
Ciudad y ZIP	
Número de teléfono	
Correo electrónico	

Seleccione una opción: Recibir cheque por correo (se demora dos semanas)

Recibir tarjeta de regalo (gift card)

Firma del consumidor/miembro de familia: _____

Fecha: _____

Si usted recibe beneficios de salud social como SSDI o SSI (Social Security), la ley requiere que usted reporte todos sus ingresos a Social Security. Por lo tanto, abonos recibidos del Condado de San Mateo cuentan como ingreso y deben ser reportados.

Para más información póngase en contacto con: Linford Gayle, Coordinador, al 650-573-2534

Chairperson Signature: _____

Date: _____ Gift card No. _____

**Return this completed and signed form to Office of Consumer and Family Affairs,
 1950 Alameda de las Pulgas, Ste. 155, San Mateo, CA 94403**



San Mateo County
Behavioral Health & Recovery Services (BHRS)
 Factura de abonos para consumidores y miembros de familia

For Office of Consumer & Family Affairs Office Use Only

Consumer/Family Member: _____

Amount		\$			
All invoices must be approved by Linford Gayle, Coordinator, or his designee					
Signature:		Date:			

Note: Minimum stipend will be equal to the reimbursement for two hours work

Fax to Mental Health Association: Attention Shane Young

Phone: 650 368-3345 x134
 Fax 510 879-0354

Copy to file in the Office of Consumer and Family Affairs