



Client/Family Member Stipend Form

BHRS compensa a las personas con experiencia personal (clientes de BHRS o miembros de la familia de un cliente) por su colaboración en actividades importantes de BHRS tales como comités, consultas, grupos de foco, revisión de programas y paneles de contratación.

Cliente / Miembro de familia: Escriba claramente

Nombre (name): _____

Dirección (address): _____

Ciudad y código postal (City & ZIP): _____

Número de teléfono (phone): _____

Correo electrónico (email): _____

NOTA: Si recibe beneficios de SSDI o SSI, la ley exige que reporte cualquier ingreso ganado a la oficina de Seguridad Social. Los estipendios entregados por BHRS cuentan como ingreso laboral y deben ser reportados. Para más información, llame al Coordinador de OCFA al 1-800-388-5189

Seleccione **UNA** opción:

Cheque (tarda dos semanas) o

Tarjeta de regalo

Firma _____

Fecha: _____

BHRS Staff/Chair

Event Job Org: _____

Number of Hours: _____

Activity/Meeting: _____

Staff/Chair Name (print clearly): _____

Staff/Chair Signature: _____

Date: _____

Gift Card Last Six Number(s): _____

Return this form completed and signed by both parties to the Office of Consumer & Family Affairs, 1950 Alameda de las Pulgas, Suite 157, San Mateo, CA 94403 / PONY MLH 327 or hs_bhirs_stipends@smcgov.org



Client/Family Member Stipend Form

For Office of Consumer & Family Affairs Office Use Only

Client/Family Member Name: _____

Event: _____ Date _____

Amount	\$35.00			
All invoices must be approved by OCFA Director, or designee				
OCFA Staff (Please Print Clearly)				
Signature		Date		

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

Office of Consumer and Family Affairs Office Use Only

Fax to:
 Mental Health Association: Attention Shane Young

e: 650-368-3345 x134
 510-879-0354