

San Benito County Behavioral Health
Mental Health Services Act (MHSA) Issue Resolution Process (IRP)

(Please note: If you want a response about your concern, please complete your contact information; otherwise this information is optional.)

Date: _____ Name (optional): _____
Phone (optional): _____ Address (optional): _____

Issue(s) to be resolved:

- ☐ Inconsistency between the approved MHSA Plan and the implementation of the Plan
- ☐ Concerns about the Local Community Program Planning process
- ☐ Inappropriate use of MHSA funds

Describe Issue (Summarize your concern with as much detail as possible):

What would you like to see happen to resolve this issue?

Signature (optional):

Date:

******FOR OFFICE USE ONLY******

To be completed by MHSA Coordinator

Investigation/Resolution:

Please complete form and mail, drop off, or fax to SBCBH:

Address: 1131 San Felipe Rd., Hollister, CA 95023

FAX: (831) 636-4025

Condado de San Benito Salud Mental

Acta De Servicios de Salud Mental (MHSA) Proceso de Resolución de Problemas (IRP)

(Favor de Notar: Si usted desea recibir una respuesta sobre su preocupación, favor de completar la información de contacto; de lo contrario esta información es opcional.)

Fecha:_____ Nombre (opcional):_____

Teléfono (opcional): _____ Dirección (opcional): _____

Tema(s) para resolver:

- ☐ Inconsistencias entre el Plan de MHSA aprobado y la implementación
- ☐ Preocupaciones sobre el Proceso de Planificación del Programa Local de La Comunidad
- ☐ Uso inapropiado de los fondos del MHSA

Describe los Temas (Resuma sus preocupaciones con el mayor detalle posible):

¿Qué le gustaría que pasara para lograr el cumplimiento de MHSA?

Firma (opcional):**Fecha:**

****** USO DE OFICINA SOLAMENTE ******

To be completed by MHSA Coordinator

Investigation/Resolution:

Favor de completar el formulario y enviar, llevar, o mandar por fax al Condado de San Benito
Departamento de Salud Mental: 1131 San Felipe Rd., Hollister, CA 95023; FAX: (831) 636-4025