|  |
| --- |
| HCA_County_hybrid_logo-color County of Orange  Prop63_FA  Health Care Agency, Behavioral Health Services  MHSA Office  405 W. 5th St. Suite 354  Santa Ana, CA 92701  تلفن: (714) 834-3104 ایمیل: [mhsa@ochca.com](mailto:mhsa@ochca.com)    قانون خدمات بهداشت روانی  **فرم اظهار نظر  ۳۰- روزه** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اطلاعات شخصی** | | | | | | | | | |
| **نام و نام خوانوادگی** | |  | | | | | | | |
| **سازمان یا آژانس** | |  | | | | | | | |
| **شماره تلفن** | |  | | | **آدرس ایمیل** | | |  | |
| **نشانی (شماره و خیابان)** | |  | | | | | | | |
| **شهر، ایالت، کد پستی** | |  | | | |  | | |  |
| **نقش من در سیستم بهداشت روان** | | | | | | | | | |
|  | **فرد در حال بهبودی** | |  | **آزادی مشروط - پروبیشن** | | | | | |
|  | **عضو خانواده فرد در حال بهبودی** | |  | **آموزش** | | | | | |
|  | **عرضه کننده خدمات بهداشت روان** | |  | **خدمات اجتماعی** | | | | | |
|  | **مجری قانون / عدالت کیفری** | |  | **نقش دیگر- توضیح دهید** | | |  | | |
| **توضیح / نظرات** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |