

# PETICIÓN DEL DELEGADO - Organización Independiente de defensa del consumidor

Los consumidores se han unido para iniciar una organización independiente de defensa del consumidor en el condado de Los Ángeles. Hay 2 maneras de participar : 1 ) firmar la petición de alguien que usted quiere que lo represente . Sólo se puede firmar una petición. 2 ) ser un delegado al obtener 25 firmas únicas de los consumidores de salud mental cuyos intereses a continuación, puede representar. Al firmar esta solicitud, usted acepta que usted es un cliente de salud mental/ consumidor/ sobreviviente actual o anterior en el condado de Los Ángeles. Los números de teléfono y correos electrónicos no serán compartidos con nadie y serán utilizados únicamente para la asociación independiente de consumidores.

Nombre del delegado: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

1	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

2	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

3	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

4	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

5	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

6	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

7	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

*Continúa en el reverso.*

8	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

9	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

10	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

11	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

12	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

13	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

14	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

15	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

16	Firma::	Correo electrónico:	
	Nombre (Print)	Teléfono::	Código postal:

Devuelva la petición a SHARE! por [libby@shareselfhelp.org](mailto:libby@shareselfhelp.org); fax (310) 846-4199; o por correo a 6666 Green Valley Circle Culver City 90230. Utilice una hoja adicional si es necesario.

17

Firma::	Correo electrónico:
Nombre (Print)	Teléfono:: Código postal:

18

Firma::	Correo electrónico:
Nombre (Print)	Teléfono:: Código postal:

19

Firma::	Correo electrónico:
Nombre (Print)	Teléfono:: Código postal:

20

Firma::	Correo electrónico:
Nombre (Print)	Teléfono:: Código postal:

21

Firma::	Correo electrónico:
Nombre (Print)	Teléfono:: Código postal:

22

Firma::	Correo electrónico:
Nombre (Print)	Teléfono:: Código postal:

23

Firma::	Correo electrónico:
Nombre (Print)	Teléfono:: Código postal:

24

Firma::	Correo electrónico:
Nombre (Print)	Teléfono:: Código postal:

25

Firma::	Correo electrónico:
Nombre (Print)	Teléfono:: Código postal:

Devuelva la petición a SHARE! por [libby@shareselfhelp.org](mailto:libby@shareselfhelp.org); fax (310) 846-4199; o por correo a 6666 Green Valley Circle Culver City 90230. Utilice una hoja adicional si es necesario.