Evening with the Stars
Award Nomination Form

San Bernardino County Department of Behavioral Health (DBH) and the San Bernardino County Behavioral Health Commission invite you to nominate a deserving individual who has made a difference in the field of behavioral health.

A panel will select the award recipient based on nominations received. You may nominate yourself, staff members, colleagues or friends. The nominees chosen will receive special recognition at "Evening with the Stars" awards ceremony on May 28, 2020

Name of Nominee: _____ Phone: _____

Address: _____City: _____ Zip: _____

Please select nomination category

	DBH Program		Adult Peer Advocate
	DBH Contract Agency		Youth Peer Advocate
	DBH Staff Member		Behavioral Health Community Advocate
	DBH Contract Staff Member		Family Member
			First Responders

1.) Describe the nominee's commitment to behavioral health issues and how long the nominee has been involved in service.

2.) What activities or special challenges should be recognized?

3.) Additional information about the nominee.

Name of nominator:_____ Phone: _____

(This information will be used to contact you if your nominee is selected)

Please submit nominations by 4 p.m.,Friday, May 15, 2020 to
DBH-Outreach@dbh.sbcounty.gov
For additional questions call (909) 386-9720 (7-1-1 for TTY users).

(Note: You must use Internet Explorer to use the "Submit" button below. If using a different browser, please complete the form, save, and email to DBH-Outreach@dbh.sbcounty.gov)

Submit

VELADA CON LAS ESTRELLAS
Formulario de Nominación

El Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino y la Comisión de Salud Mental del Condado de San Bernardino lo invita a nominar a una persona merecedora que ha hecho una diferencia en el campo de la salud mental.

Un panel seleccionará al ganador del premio basándose en las nominaciones recibidas. Puede nominarse a sí mismo, a miembros del personal, colegas o amigos. Los nominados elegidos recibirán un reconocimiento especial en el banquete de premios "VELADA CON LAS ESTRELLAS" el 28 del mayo del 2020.

Nombre del nominado: _____Teléfono: _____

Domicilio: _____Ciudad: _____Código Postal: _____

Agencia (si aplica): _____ Título: _____

Por favor seleccione la categoría de la nominación:

	Programa del Departamento de Salud Mental		Partidario de Adulto
	Agencia Contratada del Departamento de Salud Mental		Partidario de Jóvenes
	Empleando del Departamento de Salud Mental		Partidario de la Comunidad de Salud Mental
	Empleando del Personal del Contratista del Departamento de Salud Mental		Miembro de Familia
			Primeros Respondedores

1.) Describa el compromiso del nominado con los problemas de salud mental y el tiempo que el nominado ha estado involucrado en el servicio.

2.) ¿Qué actividades o desafíos especiales deben ser reconocidos?

3.) Información adicional sobre el nominado.

Nombre de nominador:_____ Teléfono: _____

(Esta información se usara para contactarlo si su nominado es seleccionado)

Favor de entregue las nominaciones antes de las 4 p.m., el viernes, 15 de mayo del 2020 a DBH-Outreach@dbh.sbcounty.gov

Para más información llame a (909) 386-9720 (7-1-1 for TTY users).

(Nota: Debe usar Internet Explorer para usar el botón "Enviar" a continuación. Si usa un navegador diferente, complete el formulario, guárdelo y envíelo por correo electrónico a DBH-Outreach@dbh.sbcounty.gov).

Enviar