

Adjunto 5a-- Ley de Servicios de Salud Mental Hoja de Trabajo de Presupuesto de la Administración de Servicios y Apoyo a la Comunidad

Condado(s): Ciudad de Berkeley

Año Fiscal: 2007-08

Programa de Plan de Trabajo # 4

Fecha: 7/16/07

Nombre de Programa Plan de Trat Grupo de Apoyo TAY

Tipo de Fondos 3. Outreach and Engagement

Meses de Operación 12

Propuesta del Program/Servicio de Capacidad Total de Clientes: 56 Programa Nuevo/Servicio o Expansión New

Capacidad de Programa/Servicio Actual de Clientes: 0 Preparado por: Eric Brenman

Capacidad de Clientes del Programa/Servicio Expandido A Través de MHSA: 56 Número de Teléfono : 510/981-5114

	Departamento de Salud Mental del Condado	Otras Agencias de Gobierno	Proveedores a Contrato a la Comunidad de Salud Mental	Total
A. Gastos				
1. Gastos de Ayuda a Cliente, Miembro de Familia y Proveedor de Cuidados				
a. Ropa, Comida e Higiene				\$0
b. Viaje y Transportación				\$0
c. Vivienda				
i. Arriendos Principales				\$0
ii. Subsidios				\$0
iii. Vales				\$0
iv. Otras Viviendas				\$0
d. Ayuda de Empleo y Educación				\$0
e. Otros Gastos de Ayuda (propvea descripción en narrativa de presupuesto)				\$0
f. Gastos Totales de Apoyo	\$0	\$0	\$0	\$0
2. Gastos del Personal				
a. Gastos Actuales del Personal (detallados por los empleados)				\$0
b. Nuevos Gastos Adicionales de Personal (detallados por los empleados)				\$0
c. Prestaciones al Trabajador				\$0
d. Gastos Totales del Personal	\$0	\$0	\$0	\$0
3. Gastos de Operación				
a. Servicios Profesionales				\$0
b. Servicio de Traducción e Intérprete				\$0
c. Viaje y Transportación				\$0
d. Gastos General de Oficina				\$0
e. Alquiler, Servicios Públicos y Equipo				\$0
f. Ayuda Medica Y de Medicina				\$0
g. Otros Gastos de Operación (propvea descripción en narrativa de presupuesto)				\$0
h. Gastos Totales de Operación	\$0	\$0	\$0	\$0
4. Administración del Programa				
a. Administración del Programa Actual				\$0
b. Administración de Programa Nuevo				\$0
c. Administración Total del Programa		\$0	\$0	\$0
5. Total Calculado de Gastos cuando se desconoce el proveedor de servicio	\$98,900			\$98,900
6. Presupuesto Total del Programa Propuesta	\$98,900	\$0	\$0	\$98,900
B. Ingresos				
1. Ingresos Actuales				
a. Medi-Cal (Só+C21lo FFP)				\$0
b. Medicare/Costos al Paciente/Seguro de Paciente				\$0
c. Realineación				\$0
d. Fondos Generales del Estado (AB 2034)				\$0
e. Fondos del Condado				\$0
f.				
g. Otros Ingresos				\$0
h. Ingresos Totales Actuales	\$0	\$0	\$0	\$0
2. Nuevos Ingresos				
a. Medi-Cal (Solo FFP)				\$0
b. Medicare/Costos al Paciente/Seguro de Paciente				\$0
c. Fondos Generales del Estado				\$0
d. Otros Ingresos				\$0
e. Total de Nuevos Ingresos	\$0	\$0	\$0	\$0
3. Total de Ingresos	\$0	\$0	\$0	\$0
C. Gasto Único de Fondos CSS				\$0
D. Requisitos de Fondos Total	\$98,900	\$0	\$0	\$98,900
E. % Total de Fondos Requeridos para la Asociación de Servicios Completos				0.0%