APPENDICES

2003 CONSUMER SURVEY

The Arizona Dept. of Health Services, (RBHA Name), and (Provider Name) are requesting you to fill out this survey today. We want to know **how you feel about your treatment** here, so we can **work with you to make it even better**.

- Although we appreciate your opinion, you have the right not to fill out the survey if you choose. Participating or choosing not to participate **will not affect any current or future treatment.**
- Your answers are **confidential**.
- There are no right or wrong answers.
- **Fill in the circle** for the answer that best describes how you feel.
- We **cannot discuss the questions with you**…it's your answers we want!
- Don't forget to **write your comments** in the space provided.
- The surveys will not be looked at individually, but all together as a group.
- When we have the final results, we will make them available to you.

Remember **your opinion** is important.

Thank you for filling out your survey.

ENCUESTA DEL CONSUMIDOR 2003

EL Departamento de Servicios de Salud de Arizona, (Nombre del RBHA), y (Nombre del Proveedor) le piden que llene esta encuesta hoy. Queremos saber **cómo se siente con el tratamiento** que se le da aquí, para que podamos **trabajar con usted para hacerlo aún mejor.**

- Aunque apreciamos su opinión, usted tiene el derecho de no llenar la encuesta si no quiere. Participar o decidir no participar **no afectará ningún tratamiento actual o futuro.**
- Sus respuestas son **confidenciales**.
- No hay respuestas correctas o incorrectas.
- **Llene el círculo** de la respuesta que describa mejor cómo se siente.
- Nosotros **no podemos discutir las preguntas con usted**… ¡Lo que queremos son sus respuestas!
- No se olvide de **escribir sus comentarios** en el espacio señalado.
- Las encuestas no se verán de manera individual, sino juntas en grupo.
- Cuando tengamos los resultados finales las pondremos a su disposición.

Recuerde **su opinión** es importante.

Gracias por llenar la encuesta.

To be completed by RBHA:

Name of Service Agency: _____

RBHA NAME: _____ Facility ID:_____ Tracking No: ___ ___ ___ - ___ ___ ___ - ___ ___ ___

Program/Fund Source: SMI ___ Non-SMI ___

Entitlement Status: TXIX ___ TXXI ___ Non-TXIX/TXXI ___

YEAR 2003 ADULT CONSUMER SURVEY

Please help us improve our program by completing this survey about the services you are currently receiving or have received. We are interested in your honest opinion. All responses will be treated as confidential.

Your current and/or future services will not be affected because of your participation in this survey.

After you have completed the survey, please fold and drop it in the survey box before you leave your service provider's office.

Thank you

Use Pen Or Pencil

Please fill in the blank or bubbles completely with your answers to the following questions:

Information about the Person Receiving Services:

Age: ☐☐

Sex: ○ Male ○ Female

Race: ○ White ○ Black ○ Asian ○ Native-American ○ Other

Ethnicity: ○ Hispanic or Latino ○ Not Hispanic or Latino

About the Person Completing This Survey:

○ I am the person directly receiving services.

If not, please check your relation to the person who is directly receiving services:

○ Parent/Guardian ○ Friend ○ Relative (Uncle, Aunt, Cousin, Grandparent, etc.) ○ Other

Please continue to answer questions on the next page.

In order to provide the best possible behavioral health services, we need to know what you think about the services you received during the last 6 months, the people who provided it, and the results. **Please mark your answers by filling in the bubbles completely.**	**Strongly Agree**	**Agree**	**I am Neutral**	**Disagree**	**Strongly Disagree**	**Not Applicable**
General Satisfaction:						
I like the services that I received here.	○	○	○	○	○	○
If I had other choices, I would still get services from this agency.	○	○	○	○	○	○
I would recommend this agency to a friend or family member.	○	○	○	○	○	○
Perception of Access:						
The location of services was convenient (parking, public transportation, distance, etc.)	○	○	○	○	○	○
Staff were willing to see me as often as I felt it was necessary.	○	○	○	○	○	○
Staff returned my call in 24 hours.	○	○	○	○	○	○
Services were available at times that were good for me.	○	○	○	○	○	○
I was able to get all the services I thought I needed.	○	○	○	○	○	○
I was able to see a psychiatrist when I wanted to.	○	○	○	○	○	○
Participation in Treatment Planning						
I felt comfortable asking questions about my treatment and medication.	○	○	○	○	○	○
I, not staff, decided my treatment goals.	○	○	○	○	○	○
Perception of Quality/Appropriateness:						
Staff here believe that I can grow, change and recover	○	○	○	○	○	○
I feel free to complain.	○	○	○	○	○	○
I was given information about my rights.	○	○	○	○	○	○
Staff encouraged me to take responsibility for how I live my life.	○	○	○	○	○	○
Staff told me what side effects to watch out for.	○	○	○	○	○	○
Staff respected my wishes about who is and who is not to be given information about my treatment.	○	○	○	○	○	○
Staff were sensitive to my cultural background (race, religion, language, etc.)	○	○	○	○	○	○
Staff helped me obtain the information I needed so that I could take charge of my managing my illness.	○	○	○	○	○	○
I was encouraged to use consumer-run programs (support groups, drop-in centers, crisis phone line, etc.)	○	○	○	○	○	○
Perception of Outcome: As a result of the services I received,						
I deal more effectively with daily problems.	○	○	○	○	○	○
I am better able to control my life.	○	○	○	○	○	○
I am better able to deal with crisis.	○	○	○	○	○	○
I am getting along better with my family.	○	○	○	○	○	○
I do better in social situations.	○	○	○	○	○	○
I do better in school and/or work.	○	○	○	○	○	○
My housing situation has improved.	○	○	○	○	○	○
My symptoms are not bothering me as much.	○	○	○	○	○	○
Additional Questions:						
In the last year, other than going to a hospital emergency room, did you see a doctor or nurse for a physical health check-up, physical exam or because you were physically sick?	○ Yes ○ No ○ No Opinion/Don't Know					
Did you give consent for the doctor to prescribe your medications?	○ Yes ○ No ○ No Opinion/Don't Know ○ NA (not given medication)					

Please continue to answer questions on the next page.

What have been the some of the most helpful things about the services you received over the last 6 months?
PLEASE PRINT

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

What would improve the services that you receive here? **PLEASE PRINT**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

THANK YOU FOR YOUR COOPERATION
AND TIME IN COMPLETING THIS SURVEY!!!

Esta sección de la forma debe ser completada por el personal de la Asociación Regional de Salud Mental (RBHA):

Nombre de la Agencia de Servicio: _____

Nombre de la RBHA: _____ Número de Identificación de la Localidad:_____

Número de localización: ___ ___ - ___ ___ ___ - ___ ___ ___

Programa/Origen de los Recursos: Enfermedad Mental Grave (SMI) ___ No-SMI ___

Programa de Autorización: Título XIX ___ Título XXI ___ No-Títulos XIX/XXI ___

AÑO 2003
ENCUESTA PARA EL CONSUMIDOR DE SERVICIOS ADULTO

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa llenando esta encuesta sobre los servicios que usted está recibiendo o recibió. Nos interesa su opinión honesta. Todas sus respuestas se mantendrán confidenciales.

Su participación en esta encuesta no impactará los servicios que usted recibe al momento ni los que pueda recibir en el futuro.

Después de completar la encuesta y antes de irse de la oficina de su prestador de servicios, doble la encuesta y deposítela en la caja para encuestas.

Muchas Gracias

Use Pluma o Lápiz

Por favor conteste las siguientes preguntas usando las líneas en blanco o llenando completamente las burbujas:

Información de la Persona que Recibe los Servicios:

Edad: ☐☐

Género: ○ Hombre ○ Mujer

Raza: ○ Blanco ○ Negro ○ Oriental ○ Nativo-Americano ○ Otro

Grupo Étnico: ○ Hispano o Latino ○ No es Hispano o Latino

De la Persona Que Llena Esta Encuesta:

○ Yo soy la persona que recibe los servicios directamente.

Si no es así, favor de indicar su relación con la persona que recibe los servicios directamente:

○ Padre/Tutor ○ Amigo ○ Familiar (Tío, Tía, Primo, Abuelo, etc.) ○ Otro

Por favor, continúe contestando las preguntas en la próxima página.

Para poder proveer los mejores servicios de salud mental posible, necesitamos saber lo que usted piensa de los servicios que ha recibido durante los últimos 6 meses, de los prestadores de servicio, y los resultados. **Por favor marque sus respuestas llenando las burbujas totalmente.**	**Si, definitiva mente**	**Si, de acuerdo**	**Neutral**	**No estoy de acuerdo**	**Definitiva mente no**	**No aplica**
Satisfacción en lo General:						
Me gustan los servicios que he recibido aquí.	○	○	○	○	○	○
Si tuviera más opciones, yo seguiría recibiendo servicios en esta agencia.	○	○	○	○	○	○
Yo recomendaría esta agencia a un/a amigo/a o un miembro de la familia	○	○	○	○	○	○
Percepción del Acceso:						
Los servicios están ubicados en un lugar conveniente (estacionamiento, transporte público, distancia, etc.)	○	○	○	○	○	○
El personal estaba dispuesto a verme tan seguido según como yo pensara fuera necesa	○	○	○	○	○	○
El personal regreso mis llamadas durante un periodo de 24 horas.	○	○	○	○	○	○
Los servicios estaban disponibles a las horas que eran convenientes para mí.	○	○	○	○	○	○
Recibí todos los servicios que yo pensé necesitar.	○	○	○	○	○	○
Pude ver al psiquiatra cuando yo quería.	○	○	○	○	○	○
Participación en el Plan de Tratamiento						
Me sentí a gusto haciendo preguntas sobre mi tratamiento y medicamento.	○	○	○	○	○	○
Yo, no el personal, decidí mis metas de tratamiento.	○	○	○	○	○	○
Percepción a la Calidad/Apropiado:						
El personal aquí cree que yo puedo crecer, cambiar y recuperarme.	○	○	○	○	○	○
Me sentí que podía presentar quejas .	○	○	○	○	○	○
Me dieron información sobre mis derechos.	○	○	○	○	○	○
El personal me animó a tomar responsabilidad sobre como vivo mi vida.	○	○	○	○	○	○
El personal me informaron sobre los efectos secundarios con cuales debería tener cuidado.	○	○	○	○	○	○
El personal respetó mis deseos sobre a quién y a quién no se le daría información sobre mi tratamiento.	○	○	○	○	○	○
El personal respetó mis tradiciones y cultura (raza, religión, lenguaje, etc.)	○	○	○	○	○	○
El personal me ayudo a obtener la información necesaria para que yo tomara control del manejo de mi enfermedad.	○	○	○	○	○	○
Me animaron a usar-programas guiados por consumidores (grupos de apoyo, centros de líneas telefónicas de crisis, etc.)	○	○	○	○	○	○
Percepción de los Resultados: A consecuencia de los servicios que recibí						
Puedo enfrentarme a mis problemas diarios, más efectivamente.	○	○	○	○	○	○
Puedo controlar mejor mi vida.	○	○	○	○	○	○
Puedo enfrentarme mucho mejor a las crisis.	○	○	○	○	○	○
Me llevo mucho mejor con mi familia.	○	○	○	○	○	○
Funciono mejor en situaciones sociales.	○	○	○	○	○	○
Funciono mejor en la escuela y/o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
Mi situación de vivienda ha mejorado.	○	○	○	○	○	○
Mis síntomas no me están molestando tanto como antes.	○	○	○	○	○	○
Preguntas Adicionales:						
Si le dieron medicinas para sus problemas emocionales o del comportamiento, ¿Le dio usted su consentimiento a la persona que le receto la medicina?	○ Si ○ No ○ No Tengo Opinión/No Sé ○ No aplica (no me recetaron medicinas)					
Durante el último año, además de ir al departamento de emergencia del hospital, ¿Vio usted a un doctor o enfermera para un chequeo físico, un examen físico o porque se sentía enfermo físicamente?	○ Si ○ No ○ No Tengo Opinión/No Sé					

Por favor, continúe contestando las preguntas en la próxima página.

De los servicios que recibió durante los últimos 6 meses, ¿Qué ha sido lo más beneficioso?
POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

¿Qué mejoraría los servicios que usted recibió aquí? **POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN
Y SU TIEMPO EN COMPLETAR ESTA ENCUESTA!!!

To be completed by RBHA:

Name of Service Agency: _____

RBHA NAME: _____ Facility ID:_____ Tracking No: ___ ___ ___ - ___ ___ ___ - ___ ___ ___

Program/Fund Source: SMI ___ Non-SMI ___

Entitlement Status: TXIX ___ TXXI ___ Non-TXIX/TXXI ___

YEAR 2003 YOUTH SERVICES SURVEY FOR FAMILIES

Please help us improve our program by completing this survey about the services you are currently receiving or have received. We are interested in your honest opinion. All responses will be treated as confidential.

Your child's and family's current and/or future services will not be affected because of your participation in this survey.

After you have completed the survey, please fold and drop it in the survey box before you leave the office today.

Thank you

Use Pen Or Pencil

Please fill in the blank or bubbles completely with your answers to the following questions:

Information about the Person Receiving Services:

Child's Age: [ ][ ]

Child's Sex: ○ Male ○ Female

Child's Race: ○ White ○ Black ○ Asian ○ Native-American ○ Other

Child's Ethnicity: ○ Hispanic or Latino ○ Not Hispanic or Latino

Please check your relationship with the child: ○ Parent/Guardian ○ Friend
○ Relative (Uncle, Aunt, Cousin, Grandparent, etc.)
○ Other

How long has this child lived with you? ○ Less than one year ○ One to two years ○ Three years or more

Is your family involved in a Child and Family Team? ○ Yes ○ No

Please continue to answer questions on the next page.

Please help our agency make services better by answering some questions about the services your child received OVER THE LAST 6 MONTHS. **Please mark your answers by filling in the bubbles completely.**	**Strongly Agree**	**Agree**	**Undecided**	**Disagree**	**Strongly Disagree**	**Not Applicable**
Good Access to Services:						
The location of services was convenient for us.	○	○	○	○	○	○
Services were available at times that were convenient for us.	○	○	○	○	○	○
Satisfaction with Services:						
Overall, I am satisfied with the services my child received.	○	○	○	○	○	○
The people helping my child stuck with us no matter what.	○	○	○	○	○	○
I felt my child had someone to talk to when he/she was troubled.	○	○	○	○	○	○
The services my child and/or family received were right for us.	○	○	○	○	○	○
My family got the help we wanted for my child.	○	○	○	○	○	○
My family got as much help as we needed for my child.	○	○	○	○	○	○
I helped to choose my child's services.	○	○	○	○	○	○
I helped to choose my child's treatment goals.	○	○	○	○	○	○
I participated in my child' treatment.	○	○	○	○	○	○
Cultural Sensitivity:						
Staff treated me with respect.	○	○	○	○	○	○
Staff respected my family's religious/spiritual beliefs.	○	○	○	○	○	○
Staff spoke with me in a way that I understood.	○	○	○	○	○	○
Staff were sensitive to my cultural/ethnic background.	○	○	○	○	○	○
Positive Outcomes of Services:						
My child is better at handling daily life.	○	○	○	○	○	○
My child gets along better with family members.	○	○	○	○	○	○
My child gets along better with friends and other people.	○	○	○	○	○	○
My child is doing better in school and/or work.	○	○	○	○	○	○
My child is better able to cope when things go wrong.	○	○	○	○	○	○
I am satisfied with our family life right now.	○	○	○	○	○	○

Additional Questions: As a result of the services my child and/or family received,						
My child is staying out of trouble with the law.	○	○	○	○	○	○
I can see my child moving toward becoming an independent adult.	○	○	○	○	○	○
The treatment team has helped us find people in the community to help support our goals.	○	○	○	○	○	○
Our family and other important friends are a part of the team in my child's treatment plan.	○	○	○	○	○	○
My child and family got the help we needed to prevent future crisis situations for my child	○ Yes ○ No					
Timely support has been available to handle crisis situations	○ Yes ○ No					
The people providing services and supports for my child and/or family have worked together well.	○ Yes ○ No					
In the last year, did your child see a medical doctor (or nurse) for a <u>physical</u> health check up or because he/she was <u>physically</u> sick?	○ Yes, in a clinic or office ○ Yes, but only in a hospital emergency room ○ No ○ Do not remember					
If your child was given medications for emotional/behavioral problems, did the doctor or nurse inform you about the medication, e.g. what side effects to watch for?	○ Yes ○ No ○ NA (not given medication)					
Did you give consent for prescribing medication to your child?	○ Yes ○ No ○ NA (not given medication)					

What have been some of the most helpful things about the services you and your child received over the last 6 months? **PLEASE PRINT** _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

What would improve the services that you and your child receive here? **PLEASE PRINT**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

THANK YOU FOR YOUR COOPERATION
AND TIME IN COMPLETING THIS SURVEY!!!

Esta sección de la forma debe ser completada por el personal de la Asociación Regional de Salud Mental (RBHA):

Nombre de la Agencia de Servicio: _____

Nombre de la RBHA: _____ Número de Identificación de la Localidad:_____

Número de localización: ___ ___ - ___ ___ ___ - ___ ___ ___

Programa de Autorización: Título XIX ___ Título XXI ___ No-Títulos XIX/XXI ___

AÑO 2003
ENCUESTA PARA LA FAMILIA DE JÓVENES QUE RECIBEN SERVICIOS

Por favor ayúdenos a mejorar nuestro programa llenando esta encuesta sobre los servicios que su hijo/a está recibiendo o recibió. Nos interesa su opinión honesta. Todas sus respuestas se mantendrán confidenciales.

Su participación en esta encuesta no impactará a los servicios que su hijo/a o su familia reciben al momento ni a los que puedan recibir en el futuro.

Después de completar la encuesta y antes de irse de la oficina de su prestador de servicios, doble la encuesta y deposítela en la caja para encuestas.

Muchas Gracias

Use Pluma o Lápiz

Por favor conteste las siguientes preguntas usando las líneas en blanco o llenando completamente las burbujas:

Información de la Persona que Recibe los Servicios:

Edad del niño/a: ☐☐

Genero del niño/a: ○ Hombre ○ Mujer

Raza del niño/a: ○ Blanco ○ Negro ○ Oriental ○ Nativo-Americano ○ Otro

Grupo Étnico del niño/a : ○ Hispano o Latino ○ No es Hispano o Latino

Por favor indique su relación con niño/a:
○ Padre/Tutor
○ Amigo
○ Familiar (Tío, Tía, Primo, Abuelo, etc.)
○ Otro

¿Que tanto tiempo lleva el niño/a viviendo con usted? ○ Menos de un año ○ Uno a dos años ○ Tres años o más ○ No Aplica

¿Participa su familia en un Grupo Para Niños y sus Familias? ○ Si ○ No

Por favor, continúe contestando las preguntas en la próxima página.

Por favor ayúdenos a mejorar los servicios contestando algunas preguntas sobre los servicios que su hijo/a recibió DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES. **Por favor marque sus respuestas llenando las burbujas totalmente.**	**Sí, definitivamente**	**Si, de acuerdo**	**Neutral**	**No estoy de acuerdo**	**Definitivamente no**	**No aplica**
Buen Acceso a los Servicios:						
La localidad donde recibía los servicios era conveniente para nosotros.	○	○	○	○	○	○
Los servicios eran a las horas que eran convenientes para nosotros.	○	○	○	○	○	○
Satisfacción con los Servicios:						
Sobretodo, estoy satisfecho/a con los servicios cuales mi niño/a ha recibido.	○	○	○	○	○	○
Las personas que estaban ayudando a mi niño/a nos aguantaron en las malas y en las buenas.	○	○	○	○	○	○
Me sentí que mi niño/a tenía a alguien con quien hablar cuando él o ella estaba molesto/a.	○	○	○	○	○	○
Los servicios que mi niño/a y/o la familia recibieron eran los correctos para nosotros.	○	○	○	○	○	○
Mi familia recibió la ayuda que queríamos para nuestro niño/a.	○	○	○	○	○	○
Mi familia recibió la suficiente ayuda que necesitábamos para nuestro niño/a.	○	○	○	○	○	○
Yo ayudé a escoger los servicios para mi niño/a.	○	○	○	○	○	○
Yo ayudé a escoger las metas de tratamiento para mi niño/a.	○	○	○	○	○	○
Yo participé en el tratamiento de mi niño/a.	○	○	○	○	○	○
Sensibilidad Cultural:						
El personal me trató con respeto.	○	○	○	○	○	○
El personal respetó las creencias religiosas/espirituales de mi familia.	○	○	○	○	○	○
El personal me habló de manera que yo entendiera.	○	○	○	○	○	○
El personal me respetó tocante mi raza y antecedentes étnicos	○	○	○	○	○	○
Percepción de los Resultados: A consecuencia de los servicios que mi niño/a y/o mi familia recibió						
Mi niño/a se puede enfrentar mejor a la vida diaria.	○	○	○	○	○	○
Mi niño/a se lleva mejor con los miembros de mi familia.	○	○	○	○	○	○
Mi niño/a se lleva mejor con amigos y otras personas.	○	○	○	○	○	○
Mi niño/a está funcionando mejor en la escuela y/o en el trabajo.	○	○	○	○	○	○
Mi niño/a está mejor dispuesto a enfrentarse mejor cuando las cosas van mal.	○	○	○	○	○	○
Actualmente, estoy satisfecho/a con mi vida familiar..	○	○	○	○	○	○

Preguntas Adicionales:						
Mi niño/a ha permanecido fuera de problemas con la ley.	○	○	○	○	○	○
Yo puedo observar a mi niño/a tomando pasos para convertirse en un adulto independiente.	○	○	○	○	○	○
El grupo de tratamiento nos ha ayudado a encontrar personas en la comunidad que apoyan nuestras metas.	○	○	○	○	○	○
Nuestra familia y amigos claves son parte del grupo que determina el plan de tratamiento de mi niño/a.	○	○	○	○	○	○
Mi niño/a y mi familia recibieron la ayuda necesaria para prevenir una crisis futuro.	○ Si		○ No			
Apoyo oportuno y accesible nos ha ayudado a controlar situaciones durante una crisis.	○ Si		○ No			
Los prestadores de servicios y apoyo para mi niño/a y/o familia han trabajado juntos muy bien.	○ Si		○ No			

Durante él último año, ¿vio su niño/a a un doctor (o enfermera) para un examen de salud físico o porque se sentía enfermo físicamente?	○ Sí, en una clínica o oficina ○ Sí, pero solamente en el departamento de emergencia del hospital ○ No ○ No recuerdo
Si le dieron medicinas para problemas emocionales o del comportamiento, ¿le dio usted su consentimiento a la persona que le recetó a su niño/a la medicina?	○ Si ○ No ○ No aplica (no le recetaron medicina)
Si le dieron medicinas a su niño/a para problemas emocionales o del comportamiento ¿Le informó a usted la persona que le dio la receta sobre la medicina, Ej. síntomas caules debería observar relacionadas con efectos secundarios?	○ Si ○ No ○ No aplica (no le recetaron medicina)

De los servicios que recibió usted y su niño/a durante los últimos 6 meses, ¿Cuáles han sido los más beneficiosos?
POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

¿Qué mejoraría de los servicios que usted recibió aquí? **POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Y SU TIEMPO EN COMPLETAR ESTA ENCUESTA!!!

Scoring Protocol

The scoring protocol used in determining the domain score is consistent with the MHSIP recommendation, as follows:

For the Adult Survey:

1. Recode ratings of ‘not applicable’ as missing values.
2. Exclude respondents with more than one-third of the domain items missing.
3. Calculate the mean of the items for each respondent.
4. Calculate the percent of scores that are less than 2.5

For the YSS-F:

5. Recode ratings of ‘not applicable’ as missing values.
6. Exclude respondents with more than one-third of the domain items missing.
7. Calculate the mean of the items for each respondent.
8. Calculate the percent of scores that are greater than 2.5

SURVEY IMPLEMENTATION TEAMS AND SUPPORT

ADHS:

Bernadette E. Phelan, Ph.D.
Manager of Research, Evaluation and Dissemination

Danelle Wallace
Janet Hanna
Sheila Lopez
Constance Holstein

CPSA:

Noel Gonzalez, Ph.D.
Director of Performance Improvement and Quality Management

Michelle Allen
Paul Jurica, Ph.D.

EXCEL:

Michael Schwegler, Ph.D.
Chief of Planning and Quality Management

NARBHA:

Jennifer Brown
Performance Improvement Manager

PGBHA:

Archana Agrawal
Performance Improvement Coordinator

Vaughn DeMario

VALUEOPTIONS:

Vickey Edwards
Quality Management Coordinator

GILA RIVER TRBHA:

Tom Cummins
Network Manager

PASCUA-YAQUI:

Janet Ranney

OTHER PARTICIPANTS (the following attended a planning meeting at least once)**:**

Rick Duran, CODAC
Kay-Willow Kaemmerer, VO Consumer Services
Diane Christensen, AHCCCS
Nicola Wimpenny, CPSA
Tim Haines, Gila River TRBHA
Eddy Broadway, ADHS