

4/30/24

Date (Fecha)

27

Agenda Item #
(Numero de agenda)

Kaiser

Subject (Título de Agenda)

REQUEST TO SPEAK IN FAVOR

of the RECOMMENDATION(S)

(Solicitud para comentar a favor de las recomendaciones)

PLEASE PRINT LEGIBLY

(Por favor escriba legible)

Information provided on this form is part of the public record.

(La información proporcionada en este formulario es parte del registro público.)

Michelle

First Name (Nombre)

Krug

Last Name (Apellido)

Address (Dirección)

City (Ciudad)

State
(Estado)

Zip (Codigo Postal)

Phone Number (Numero de Telefono)

Organization or company, if any

(Organización o empresa a la que representa, si corresponde)

Check one box below (Marque una casilla):

☒ I would like to speak as an individual. (Me gustaría comentar como individuo.)☐ I do not need to speak if the item is approved on consent.
(No necesito comentar si el artículo es aprobado.)☐ I would like to register my position, but I do not wish to speak.
(Me gustaría registrar mi puesto, pero no deseo comentar.)

PLEASE SEE REVERSE FOR SPEAKER'S GUIDE

(Rev. 03/23)

Spoke

5/1/2024

Date (Fecha)

27

Agenda Item #
(Numero de agenda)

PMT ResLino

Subject (Título de Agenda)

REQUEST TO SPEAK IN FAVOR

of the RECOMMENDATION(S)

(Solicitud para comentar a favor de las recomendaciones)

PLEASE PRINT LEGIBLY

(Por favor escriba legible)

Information provided on this form is part of the public record.

(La información proporcionada en este formulario es parte del registro público.)

Izeah

First Name (Nombre)

Chairez

Last Name (Apellido)

Address (Dirección)

City (Ciudad)

State
(Estado)

Zip (Codigo Postal)

Phone Number (Numero de Telefono)

Organization or company, if any

(Organización o empresa a la que representa, si corresponde)

Check one box below (Marque una casilla):

☒ I would like to speak as an individual. (Me gustaría comentar como individuo.)☐ I do not need to speak if the item is approved on consent.
(No necesito comentar si el artículo es aprobado.)☐ I would like to register my position, but I do not wish to speak.
(Me gustaría registrar mi puesto, pero no deseo comentar.)

PLEASE SEE REVERSE FOR SPEAKER'S GUIDE

(Rev. 03/23)

Spoke

4/30
Date (Fecha)

27
Agenda Item #
(Numero de agenda)

Kaiser Resolution
Subject (Titulo de Agenda)

REQUEST TO SPEAK IN FAVOR

of the RECOMMENDATION(S)
(Solicitud para comentar a favor de las recomendaciones)

PLEASE PRINT LEGIBLY
(Por favor escriba legible)

Information provided on this form is part of the public record.
(La informacion proporcionada en este formulario es parte del registro publico.)

Michael
First Name (Nombre)

Soto
Last Name (Apellido)

Address (Direccion)

City (Ciudad)

State
(Estado)

Zip (Codigo Postal)

Phone Number (Numero de Telefono)

National Union of Healthcare Workers
Organization or company, if any
(Organizacion o empresa a la que representa, si corresponde)

Check one box below (Marque una casilla):

☒ I would like to speak as an individual. (Me gustaria comentar como individuo.)

☐ I do not need to speak if the item is approved on consent.
(No necesito comentar si el articulo es aprobado.)

☐ I would like to register my position, but I do not wish to speak.
(Me gustaria registrar mi puesto, pero no deseo comentar.)

PLEASE SEE REVERSE FOR SPEAKER'S GUIDE

Spoke

4/30/24
Date (Fecha)

#27
Agenda Item #
(Numero de agenda)

KP
Subject (Titulo de Agenda)

REQUEST TO SPEAK IN FAVOR

of the RECOMMENDATION(S)
(Solicitud para comentar a favor de las recomendaciones)

PLEASE PRINT LEGIBLY
(Por favor escriba legible)

Information provided on this form is part of the public record.
(La informacion proporcionada en este formulario es parte del registro publico.)

Flower
First Name (Nombre)

Alvarez-lopez
Last Name (Apellido)

Address (Direccion)

Phone Number (Numero de Telefono)

Universidad Popular
Organization or company, if any
(Organizacion o empresa a la que representa, si corresponde)

Check one box below (Marque una casilla):

☒ I would like to speak as an individual. (Me gustaria comentar como individuo.)

☐ I do not need to speak if the item is approved on consent.
(No necesito comentar si el articulo es aprobado.)

☐ I would like to register my position, but I do not wish to speak.
(Me gustaria registrar mi puesto, pero no deseo comentar.)

PLEASE SEE REVERSE FOR SPEAKER'S GUIDE

4/30/24
Date (Fecha)

27
Agenda Item #
(Numero de agenda)

Kaiser Resolution
Subject (Título de Agenda)

**REQUEST TO SPEAK
IN FAVOR**
of the RECOMMENDATION(S)
(Solicitud para comentar a favor de las recomendaciones)

PLEASE PRINT LEGIBLY
(Por favor escriba legible)

Information provided on this form is part of the public record.
(La información proporcionada en este formulario es parte del registro público.)

Rachel
First Name (Nombre)

Fornash
Last Name (Apellido)

Address (Dirección)

City (Ciudad)

State
(Estado)

Zip (Codigo Postal)

Phone Number (Numero de Telefono)

Organization or company, if any
(Organización o empresa a la que representa, si corresponde)

Check one box below (Marque una casilla):

- ☒ I would like to speak as an individual. (Me gustaria comentar como individuo.)
- ☐ I do not need to speak if the item is approved on consent.
(No necesito comentar si el artículo es aprobado.)
- ☐ I would like to register my position, but I do not wish to speak.
(Me gustaria registrar mi puesto, pero no deseo comentar.)

PLEASE SEE REVERSE FOR SPEAKER'S GUIDE

4.30.24
Date (Fecha)

27
Agenda Item #
(Numero de agenda)

Kaiser
Subject (Titulo de Agenda)

REQUEST TO SPEAK IN OPPOSITION

of the RECOMMENDATION(S)

(Solicitud para comentar a contra de las recomendaciones)

PLEASE PRINT LEGIBLY
(Por favor escribe legible)

Information provided on this form is part of the public record.
(La informacion proporcionada en este formulario es parte del registro publico.)

Mark
First Name (Nombre)

Last Name (Apellido)

Address (Direccion)

City (Ciudad)

State
(Estado)

Zip (Codigo Postal)

Phone Number (Numero de Telefono)

Organization or company, if any

(Organizacion o empresa a la que representa, si corresponde)

Check one box below (Marque una casilla):

☒ I would like to speak as an individual. (Me gustaria comentar como individuo.)

☐ I do not need to speak if the item is approved on consent.
(No necesito comentar si el articulo es aprobado.)

☐ I would like to register my position, but I do not wish to speak.
(Me gustaria registrar mi puesto, pero no deseo comentar.)

PLEASE SEE REVERSE FOR SPEAKER'S GUIDE

4/30
Date (Fecha)

27
Agenda Item #
(Numero de agenda)

Therapist
Subject (Titulo de Agenda)

REQUEST TO SPEAK IN OPPOSITION

of the RECOMMENDATION(S)

(Solicitud para comentar a contra de las recomendaciones)

PLEASE PRINT LEGIBLY
(Por favor escribe legible)

Information provided on this form is part of the public record.
(La informacion proporcionada en este formulario es parte del registro publico.)

Allegedly Andrea
First Name (Nombre)

Last Name (Apellido)

Address (Direccion)

City (Ciudad)

State
(Estado)

Zip (Codigo Postal)

Phone Number (Numero de Telefono)

Organization or company, if any

(Organizacion o empresa a la que representa, si corresponde)

Check one box below (Marque una casilla):

☒ I would like to speak as an individual. (Me gustaria comentar como individuo.)

☐ I do not need to speak if the item is approved on consent.
(No necesito comentar si el articulo es aprobado.)

☐ I would like to register my position, but I do not wish to speak.
(Me gustaria registrar mi puesto, pero no deseo comentar.)

Spoke
PLEASE SEE REVERSE FOR SPEAKER'S GUIDE

4-30-24
Date (Fecha)
Therapist time Reduction
Subject (Título de Agenda)

27
Agenda Item #
(Número de agenda)

REQUEST TO SPEAK IN OPPOSITION

of the RECOMMENDATION(S)

(Solicitud para comentar a contra de las recomendaciones)

PLEASE PRINT LEGIBLY
(Por favor escribe legible)

Information provided on this form is part of the public record.
(La información proporcionada en este formulario es parte del registro público.)

BRYANT
First Name (Nombre)
Rumbough
Last Name (Apellido)

Address (Dirección)

City (Ciudad)
State (Estado)
Zip (Código Postal)

Phone Number (Número de Teléfono)

Organization or company, if any
(Organización o empresa a la que representa, si corresponde)

Check one box below (Marque una casilla):

- ☒ I would like to speak as an individual. (Me gustaría comentar como individuo.)
☐ I do not need to speak if the item is approved on consent.
(No necesito comentar si el artículo es aprobado.)
☐ I would like to register my position, but I do not wish to speak.
(Me gustaría registrar mi puesto, pero no deseo comentar.)

PLEASE SEE REVERSE FOR SPEAKER'S GUIDE

4/30/24
Date (Fecha)
Resolution to Oppose Kaiser Permanente's
attempt to reduce mental health therapist
Subject (Título de Agenda)
REQUEST TO SPEAK
IN OPPOSITION
of the RECOMMENDATION(S)
(Solicitud para comentar a contra de las recomendaciones)

27
Agenda Item #
(Número de agenda)

PLEASE PRINT LEGIBLY
(Por favor escribe legible)

Information provided on this form is part of the public record.
(La información proporcionada en este formulario es parte del registro público.)

Dawn
First Name (Nombre)
Gillam
Last Name (Apellido)

Address (Dirección)
City (Ciudad)
State (Estado)
Zip (Código Postal)

Phone Number (Número de Teléfono)

Kaiser Permanente
Organization or company, if any
(Organización o empresa a la que representa, si corresponde)

Check one box below (Marque una casilla):

- ☒ I would like to speak as an individual. (Me gustaría comentar como individuo.)
☐ I do not need to speak if the item is approved on consent.
(No necesito comentar si el artículo es aprobado.)
☐ I would like to register my position, but I do not wish to speak.
(Me gustaría registrar mi puesto, pero no deseo comentar.)

PLEASE SEE REVERSE FOR SPEAKER'S GUIDE

4)30/24
Date (Fecha)

27
Agenda Item #
(Numero de agenda)

Attempt to reduce mental health
Therapists
Subject (Titulo de Agenda)

REQUEST TO SPEAK IN OPPOSITION

of the RECOMMENDATION(S)
(Solicitud para comentar a contra de las recomendaciones)

PLEASE PRINT LEGIBLY

(Por favor escribe legible)

Information provided on this form is part of the public record.

(La informacion proporcionada en este formulario es parte del registro publico.)

Consueb
First Name (Nombre)

Last Name (Apellido)

Address (Direccion)

City (Ciudad)

State
(Estado)

Zip (Codigo Postal)

Phone Number (Numero de Telefono)

Organization or company, if any

(Organizacion o empresa a la que representa, si corresponde)

Check one box below (Marque una casilla):

☒ I would like to speak as an individual. (Me gustaria comentar como individuo.)

☐ I do not need to speak if the item is approved on consent.
(No necesito comentar si el articulo es aprobado.)

☐ I would like to register my position, but I do not wish to speak.
(Me gustaria registrar mi puesto, pero no deseo comentar.)

PLEASE SEE REVERSE FOR SPEAKER'S GUIDE

**Individuals Speaking by
Phone April 30, 2024**

27	OPPOSE KAISER PERMANENTE'S ATTEMPT TO REDUCE MENTAL HEALTH THERAPISTS TIME			
		Truth		O
		Dawn	Gillam	O

"S" indicated the speaker is in support

"O" indicated the speaker is in opposition