

10/11

Date (Fecha)

10

Agenda Item #
(Numero de agenda)

B.H

Subject (Título 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.)

Andra

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

Oct 11, 22

Date (Fecha)

10

Agenda Item #
(Numero de agenda)

Health

Subject (Título 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)

92109

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

Oct 11 2022
Date (Fecha)

10
Agenda Item #
(Numero de agenda)

BH Workforce
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.)

Karen Macaulay
First Name (Nombre) Last Name (Apellido)

6500 Campanile
Address (Direccion)

SD CA 92123
City (Ciudad) State (Estado) Zip (Codigo Postal)

619 813-9217
Phone Number (Numero de Telefono)

SDSU
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

10/11/22
Date (Fecha)

10
Agenda Item #
(Numero de agenda)

BH Workforce Shortage
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.)

Stephanie Gioia-Beckman
First Name (Nombre) Last Name (Apellido)

3020 Children's Way
Address (Direccion)

San Diego CA 92123
City (Ciudad) State (Estado) Zip (Codigo Postal)

619-813-9217
Phone Number (Numero de Telefono)

Rady Childrens Hospital
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

Date (Fecha)

10/11/22

Agenda Item #

(10)

(Numero de agenda)

Subject (Título de Agenda)

Mental Health Workforce Funding

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.)

First Name (Nombre)

Jeff

Last Name (Apellido)

Gering

Address (Dirección)

4715 55th Street

City (Ciudad)

San Diego

State

CA

Zip (Codigo Postal)

92115

Phone Number (Numero de Telefono)

619-515-2536

Organization or company, if any

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

Family Health Centers of San Diego

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

Spoke

Date (Fecha)

10/11/2022

Agenda Item #

10

(Numero de agenda)

Subject (Título de Agenda)

BH Workforce

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.)

First Name (Nombre)

Steve

Last Name (Apellido)

Koh

Address (Dirección)

6260 Calmont St

City (Ciudad)

San Diego

State

CA

Zip (Codigo Postal)

92120

Phone Number (Numero de Telefono)

619 665 3816

Organization or company, if any

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

UCSD

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

Spoke

10-11-22

Date (Fecha)

10

Agenda Item #
(Numero de agenda)

BH Workforce Report

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

Kafen

First Name (Nombre)

Connolly

Last Name (Apellido)

8815 Gearyling Pl

Address (Direccion)

SD

City (Ciudad)

CA

State
(Estado)

92123

Zip (Codigo Postal)

619-818-7035

Phone Number (Numero de Telefono)

San Diego Workforce Partnership

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

10/11/22

Date (Fecha)

10

Agenda Item #
(Numero de agenda)

Behavioral Health Board Letter

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

Daniel

First Name (Nombre)

Enemark

Last Name (Apellido)

4939 E Mountain View Dr

Address (Direccion)

San Diego

City (Ciudad)

CA

State
(Estado)

92116

Zip (Codigo Postal)

650-636-3224

Phone Number (Numero de Telefono)

San Diego Workforce Partnership

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

10/11/22

Date (Fecha)

10

Agenda Item #
(Numero de agenda)

Behavioral Health Fund

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.)

Peter

First Name (Nombre)

Callstrom

Last Name (Apellido)

5485 Can Exg

Address (Dirección)

San Diego

City (Ciudad)

CA

State
(Estado)

92130

Zip (Codigo Postal)

858-525-3615

Phone Number (Numero de Telefono)

SD Workforce Partnership

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

Individuals Speaking by Phone
October 11, 2022

10	BEHAVIORAL HEALTH WORKER SHORTAGE			
		PAUL	HENKIN	O
		Naris	Barmaksezian	S
		Truth		O
		Crystal	Irving	S
		Levi	Giafaglione	S

“S” indicated the speaker is in support

“O” indicated the speaker is in opposition