

Programa de Capacitación de Proveedores Comunitarios de Salud Conductual de Medi-Cal (MBH-CBPTP) Guía de Asistencia Técnica

El Departamento de Acceso e Información de Salud (HCAI)

Marzo 2026

Antecedentes y Misión

- HCAI esta ofreciendo este Programa de Capacitación de Proveedores Comunitarios de Salud Conductual de Medi-Cal (MBH-CBPTP) como parte de Redes organizadas comunitarias de atención y tratamiento equitativos de salud conductual (BH-CONNECT) para la fuerza laboral. El programa está comprometido para la ampliación del acceso servicios críticos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias en toda California.
- HCAI puso en marcha el MBH-CBPTP para mejorar la plantilla de asesores sobre alcohol y otras drogas, trabajadores de salud comunitarios y especialistas en apoyo mutuo. Este programa financia la formación y la educación para desarrollar la mano de obra de la salud conductual en California. Su objetivo es hacer frente a la escasez de mano de obra en comunidades de todo el Estado.
- A cambio de una obligación de servicio a tiempo completo de tres años en un entorno de la red de seguridad de Medi-Cal, las personas que deseen ser asesores de AOD, especialistas de apoyo entre iguales de Medi-Cal o trabajadores de salud comunitarios de Medi-Cal pueden recibir hasta \$10,000 para sus gastos de educación y formación.

Fechas de Solicitud

Seminario web: 19 de Marzo de 2026

Plazo de solicitud abierto: 16 de Marzo de 2026

Fecha límite de solicitud: 30 de Abril de 2026

Solicitud abre y cierra a las 3:00 p.m.

Antes de Solicitar

- Solicitantes deben aceptar las condiciones generales antes de recibir financiación.
- HCAI no realizará cambios en los términos y condiciones especificados en la Guía de Subvenciones.
- Los fondos no deben suplantar los fondos estatales o locales existentes.

Información Para Recopilar

- Si trabajaste o si has sido voluntario para el Estado de California en el pasado, necesitará presentar un **declaración de conflicto de intereses**.
- Si planeas asistir a un programa de capacitación en un colegio, necesitarás la confirmación de su solicitud presentada al programa de Solicitud Gratuita de Ayuda Federal para Estudiantes (FAFSA)/Cal Grant.

Recursos Útiles

- [2026 MBH-CBPTP Página de Inicio](#)
- [2026 MBH-CBPTP Guía de Subvenciones](#)
- [2026 MBH-CBPTP Solicitud](#)

Indemnización de Financiación

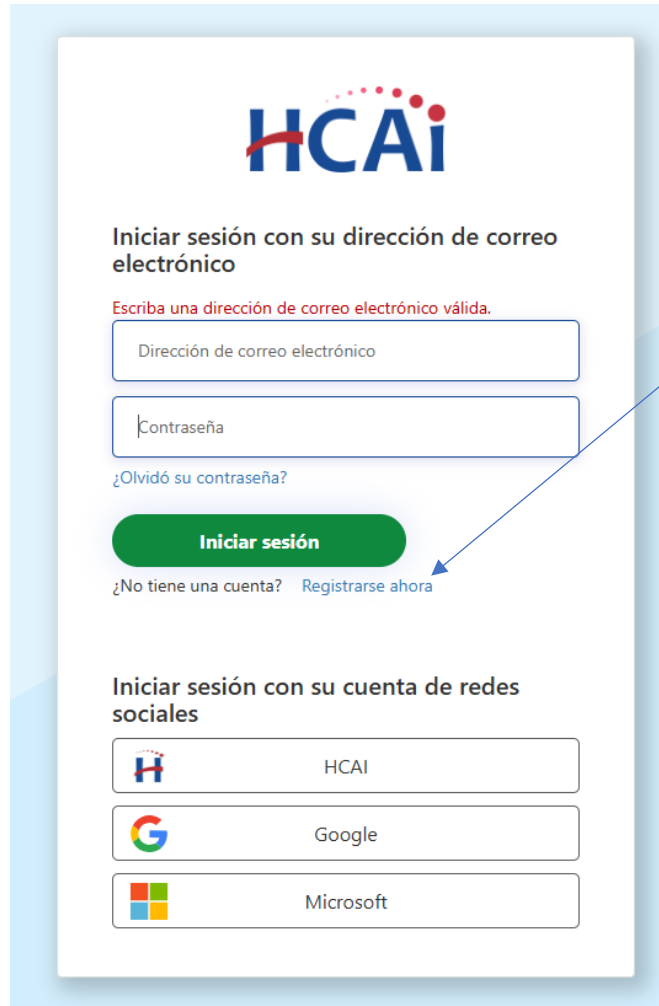
- Se dispone de hasta **\$21,250,000** para el ciclo de subvenciones MBH-CBPTP.
- Personas son elegibles para hasta \$10,000 en financiamiento para la capacitación de proveedores comunitarios.
 - Las subvenciones se otorgarán directamente a la organización o institución de capacitación del beneficiario. Los beneficiarios no recibirán ningún pago.
- Estas cantidades están establecidos por los [Términos y condiciones especiales de BH-CONNECT Sección 6.5\(a\).](#)

Crear Una Cuenta – Parte 1



Si eres un nuevo solicitante, clic “**Iniciar Sesión**”.

Crear Una Cuenta – Parte 2



The screenshot shows the HCAi login and registration interface. At the top is the HCAi logo. Below it, the text 'Iniciar sesión con su dirección de correo electrónico' is displayed. A red error message 'Escriba una dirección de correo electrónico válida.' is shown above the email input field. Below the email field is a password field labeled 'Contraseña'. A link '¿Olvidó su contraseña?' is positioned below the password field. A green 'Iniciar sesión' button is located below the password field. Below the button is a link '¿No tiene una cuenta? Registrarse ahora'. At the bottom, the text 'Iniciar sesión con su cuenta de redes sociales' is displayed, followed by three buttons for social media login: HCAi, Google, and Microsoft.

HCAi

Iniciar sesión con su dirección de correo electrónico

Escriba una dirección de correo electrónico válida.

Dirección de correo electrónico

Contraseña

¿Olvidó su contraseña?

Iniciar sesión

¿No tiene una cuenta? [Registrarse ahora](#)

Iniciar sesión con su cuenta de redes sociales

 HCAi

 Google

 Microsoft

Si eres un nuevo solicitante, clic “**Registrarse ahora**”.

Crear Una Cuenta – Parte 3

< Cancelar

HCAi

Dirección de correo electrónico

Enviar código de verificación

Nueva contraseña

Confirmar nueva contraseña

Nombre para mostrar

Nombre

Apellidos

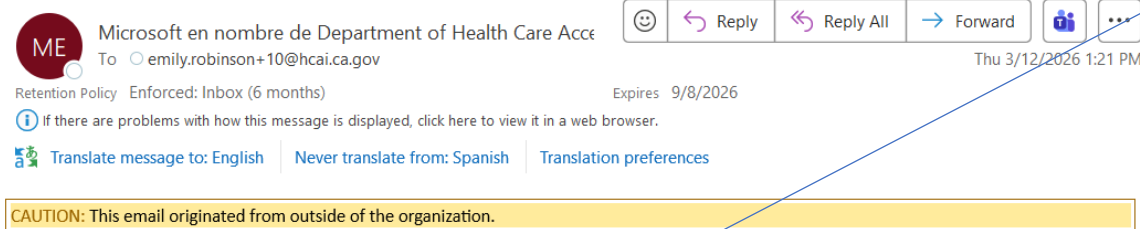
Crear

Si eres un nuevo solicitante, HCAI va a necesitar confirmar su dirección de correo electrónico. Escriba su dirección de correo electrónico y haga clic en el **“Enviar código de verificación”** botón.

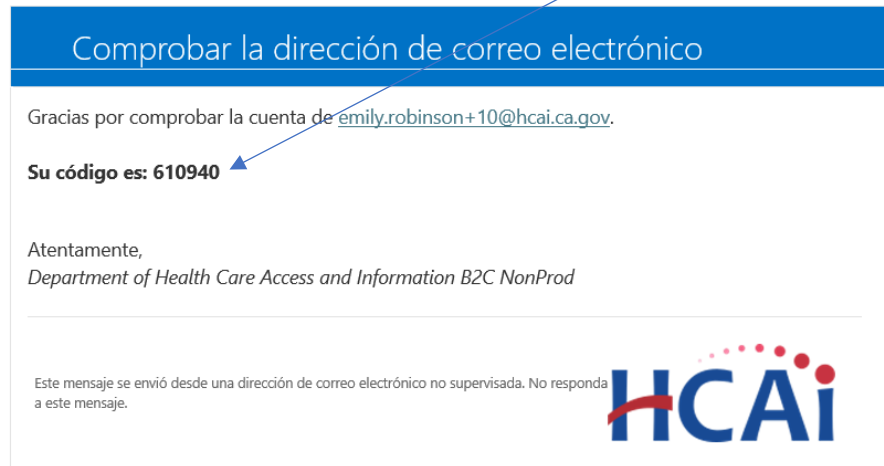
Cuando recibes tu código de verificación de HCAI en tu correo electrónico, puedes proceder y completar los campos de texto. Haga clic en el **“Crear”** botón una vez completado.

Creación de Una Cuenta – Parte 4

Código de verificación del correo electrónico de la cuenta de Department of Health Care Access a...



Este es un ejemplo del código de verificación que recibirás sobre el correo electrónico. Si no recibes el código de verificación en tu correo electrónico, es posible que necesitaras revisar su correo basura o su carpeta de correo no deseado. Guarda el código único para continuar configurando tu cuenta.



Creando un Perfil MBH-CBPTP

Perfil – Elige “Individual”

Aún no has iniciado ninguna solicitud. Una vez que haya iniciado una aplicación, aparecerá aquí. Haga clic en una de las siguientes oportunidades para iniciar una nueva solicitud o visite <https://hcai.ca.gov/workforce/financial-assistance/> para más información.

Filtrar oportunidades:
Todos los Tipos de Subvenciones

Solicitar hoy

Medi-Cal Behavioral Health Community-Based Provider Training Program (MBH-CBPTP)
Termina 03/31/2026, 8:00 AM

Próxima apertura

Bienvenido al portal de financiación del HCAI

Comience por contarnos un poco más sobre las oportunidades que podrían interesarle.

Primer Nombre *

Apellido *

☒ Presentaré mi candidatura a título individual
Seleccione esta opción si va a solicitar préstamos o becas por su cuenta.

☐ Presentaré la solicitud en nombre de una organización
Seleccione esta opción si presenta la solicitud en nombre de una organización.

Submit

Si estás solicitando para el programa de capacitación de proveedores comunitarios de salud conductual de Medi-Cal (MBH-CBPTP), hace clic en “**Presentare mi candidatura a título individual**” y luego selecciona “**Enviar**”.

La opción de elegir “organización” conduce a otras oportunidades de subvención de HCAI y te llevará fuera de la solicitud de CBPTP. Por favor, no selecciones esa opción.

Perfil - Navegación

**HCAI**
California Department of
Health Care Access and Information

RedacciónReuniones
públicasAcerca de
HCAISuscribirseCarreras
profesionales

Portal de Financiación

SpanishCerrar SesiónEmily Robinson

Regresar

» Perfil

Perfil

Información de Contacto

Nombre de pila

Educación

Contactos Adicionales

Apellidos *

Empleo

Licencias y Certificaciones

Correo electrónico *

emily.robinson+2@hcai.ca.gov

Tipo de Perfil del Portal

individual

Teléfono del trabajo

Proporcionar un número de teléfono

Dirección *

Please enter a valid address.

Enviar

Por favor, complete las otras secciones del perfil en el margen izquierdo si corresponde. Esta información puede ser utilizada en futuras preguntas de la solicitud y en otras oportunidades de financiamiento de HCAI.

Perfil – Información de Contacto



California Department of
Health Care Access and Information

[Redacción](#)

[Reuniones
públicas](#)

[Acerca de
HCAI](#)

[Suscribirse](#)

[Carreras
profesionales](#)

Portal de Financiación

 Spanish

 Cerrar Sesión

 Emily Robinson

← Regresar

» Perfil

Información
de Contacto

Educación

Contactos
Adicionales

Empleo

Licencias y
Certificaciones

Perfil

Nombre de pila

Apellidos *

Correo electrónico *

emily.robinson+2@hcai.ca.gov

Tipo de Perfil del Portal

individual

Teléfono del trabajo

Proporcionar un número de teléfono

Dirección *

Please enter a valid address.

Enviar

[COVID-19 Updates](#)

[Register to Vote](#)

[Privacy Policy Statement](#)

[Accessibility](#)

[Data Collection/Conditions of Use](#)

[Subscribe to HCAI](#)

California Department of Health Care Access and Information

© Copyright 2025 State of California

Por favor complete los campos de texto abajo. Si cometes un error al ingresar cualquier información en la página de verificación, la información ingresada aquí reemplazará la información enviada anteriormente.

Perfil – Contactos Adicionales

GA HCAi California Department of Health Care Access and Information

Portal de Financiación Spanish Cerrar Sesión Emily Robinson

← Regresar

» Perfil

Información de Contacto

Educación

Contactos Adicionales

Empleo

Licencias y Certificaciones

Contactos Adicionales

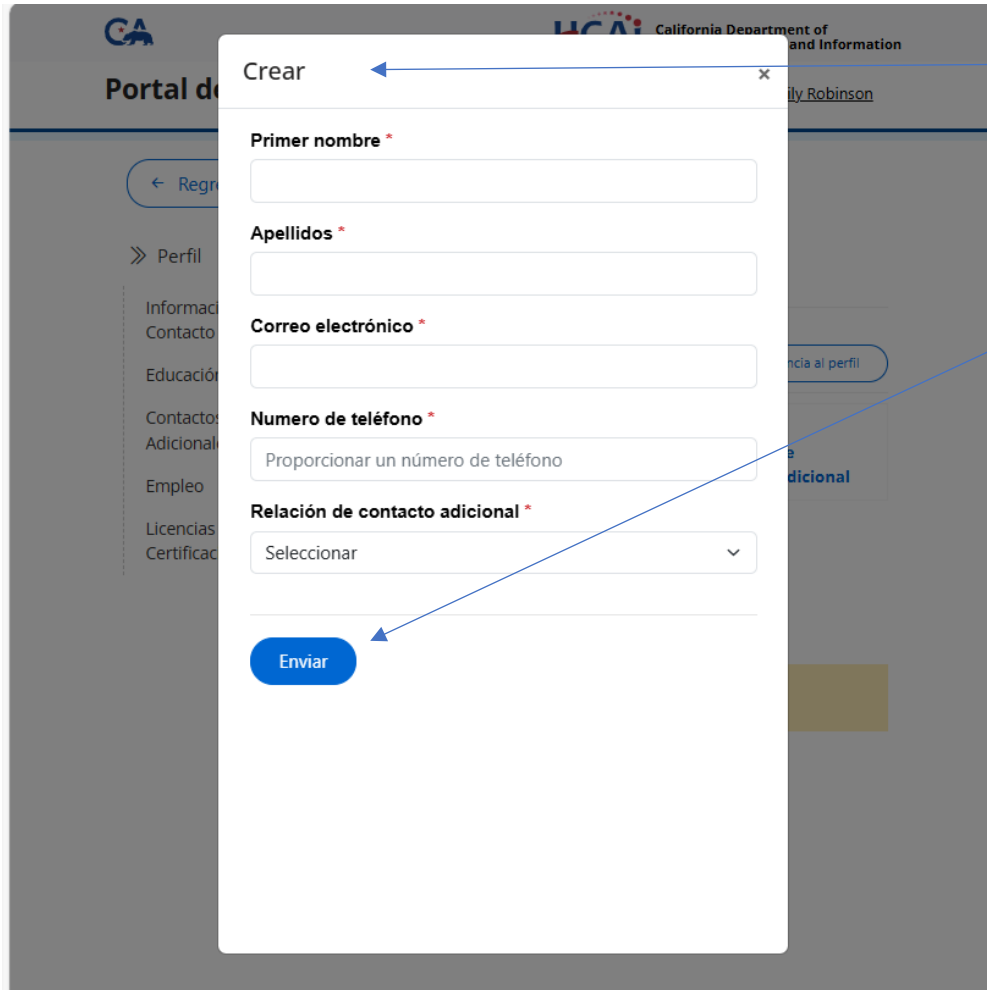
Añadir contacto de emergencia al perfil

Nombre completo ↑	Correo electrónico	Numero de teléfono	Relación de contacto adicional
-------------------	--------------------	--------------------	--------------------------------

No hay registros para mostrar.

Por favor hace clic al “**Anadir contacto de emergencia al perfil**”. Hacer clic en esto resultará en una ventana emergente.

Perfil – Contactos adicionales (Continuado)



The image shows a web form titled 'Crear' (Create) for adding additional contacts. The form is overlaid on a background showing a user profile page. The form fields are:

- Primer nombre *** (First name): A text input field.
- Apellidos *** (Last name): A text input field.
- Correo electrónico *** (Email): A text input field.
- Numero de teléfono *** (Phone number): A text input field with a placeholder 'Proporcionar un número de teléfono'.
- Relación de contacto adicional *** (Additional contact relationship): A dropdown menu with the option 'Seleccionar' (Select).

At the bottom of the form is a blue button labeled **Enviar** (Send).

El propósito de esta página es recopilar dos contactos adicionales en caso de que HCAi no pueda comunicarse contigo.

Cuando hayas agregado la información de contacto adicional, por favor haga clic en **“Enviar”**.

Iniciando la Solicitud MBH-CBPTP

MBH-CBPTP Solicitud



Una vez que hayas completado la información de su perfil, necesitarás volver a la página de la aplicación. Puedes llegar allí haciendo clic en la frase **“Portal de Financiación”**. Si tienes éxito, su pantalla se verá así.

Para ingresar a la solicitud del Programa de Capacitación de Proveedores Comunitarios de Salud Conductual de Medi-Cal (MBH-CBPTP), por favor haga clic en la imagen aquí.

MBH-CBPTP Solicitud

The screenshot shows the HCAI website's 'Portal de Financiación' (Funding Portal). A modal window titled 'Medi-Cal Behavioral Health Community-Based Provider Training Program (MBH-CBPTP)' is open. The modal includes the HCAI logo, program name, and application dates (02/01/2026 to 03/31/2026). It details the 'Fondos de Subvención' (Funding Sources), stating that the state can provide up to \$10,000 per professional. It lists eligible providers: Alcohol and Drug Counselors (ADC), Community Health Workers / Promoters / Representatives, and Peer Specialists. It also lists eligible settings: Federally Qualified Health Centers (FQHC), Community Mental Health Centers (CMHC), and Rural Health Clinics (RHC). A blue arrow points from the text on the right to the 'Aplicar' (Apply) button in the modal.

HCAI Medi-Cal Behavioral Health Community-Based Provider Training Program (MBH-CBPTP)

Medi-Cal Behavioral Health Community-Based Provider Training Program

Aceptando Aplicaciones: 02/01/2026, 8:00 AM - 03/31/2026, 8:00 AM

Fondos de Subvención

El Behavioral Health Community-Based Provider Training Program apoya el desarrollo de los siguientes proveedores comunitarios:

- Consejeros sobre Alcohol y Otras Drogas (AOD)
- Trabajadores de Salud Comunitarios / Promotores / Representantes
- Especialistas en Apoyo entre Iguales

El estado puede otorgar hasta **\$10,000 por cada profesional** que participe en este programa. Los fondos solo pueden utilizarse para:

- Matrícula del programa y tarifas requeridas para los cursos necesarios para ejercer una de estas profesiones
- Libros de texto y materiales requeridos para el programa educativo
- Tarifas de exámenes profesionales y costos de certificación o licenciamiento

Los pagos deben efectuarse **directamente al programa de formación** en nombre del profesional. No se otorgarán fondos directamente a personas individuales.

Requisitos de Obligación de Servicio

Los beneficiarios deben cumplir una **obligación de servicio de tres (3) años a tiempo completo** en uno o más de los siguientes entornos dentro de la red de seguridad de Medi-Cal:

Centros elegibles:

- Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC)
- Centros Comunitarios de Salud Mental (CMHC)
- Clínicas Rurales de Salud (RHC)

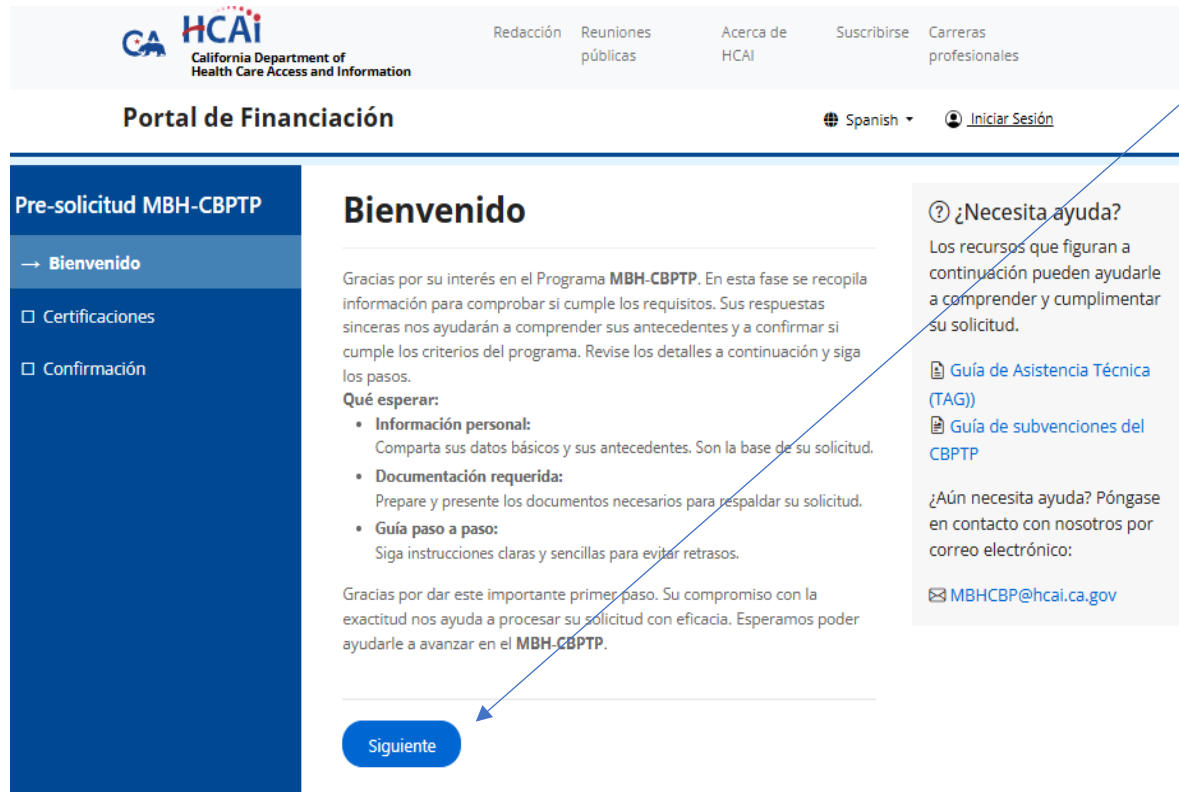
Otros entornos elegibles con la siguiente combinación de pagadores:

- Hospitales con **40 % o más** de pacientes con Medi-Cal y/o sin seguro médico
- Hospitales rurales con **30 % o más** de pacientes con Medi-Cal y/o sin seguro médico
- Otros centros de salud conductual con **40 % o más** de pacientes con Medi-Cal y/o sin seguro médico

Más información [Aplicar](#)

Después de hacer clic en el aviso emergente de la aplicación del Programa de Capacitación de Proveedores Comunitarios de Salud Conductual de Medi-Cal (MBH-CBPTP), por favor lea la información sobre los tipos de proveedores elegibles y la indemnización y haga clic en **“Aplicar”** para iniciar el proceso de solicitud.

MBH-CBPTP Pagina de Bienvenido



The screenshot shows the 'Portal de Financiación' for the MBH-CBPTP program. The header includes the HCAI logo and navigation links: Redacción, Reuniones públicas, Acerca de HCAI, Suscribirse, and Carreras profesionales. A language selector shows 'Spanish' and a login link 'Iniciar Sesión'. The left sidebar, titled 'Pre-solicitud MBH-CBPTP', contains a 'Bienvenido' section with a right arrow and two checkboxes: 'Certificaciones' and 'Confirmación'. The main content area is titled 'Bienvenido' and contains a welcome message, a 'Qué esperar:' section with three bullet points, and a 'Siguiente' button at the bottom. A right sidebar titled '¿Necesita ayuda?' provides additional resources and contact information. A blue arrow points from the text on the right to the 'Siguiente' button.

Portal de Financiación

Spanish [Iniciar Sesión](#)

Pre-solicitud MBH-CBPTP

- **Bienvenido**
- ☐ Certificaciones
- ☐ Confirmación

Bienvenido

Gracias por su interés en el Programa **MBH-CBPTP**. En esta fase se recopila información para comprobar si cumple los requisitos. Sus respuestas sinceras nos ayudarán a comprender sus antecedentes y a confirmar si cumple los criterios del programa. Revise los detalles a continuación y siga los pasos.

Qué esperar:

- **Información personal:**
Comparta sus datos básicos y sus antecedentes. Son la base de su solicitud.
- **Documentación requerida:**
Prepare y presente los documentos necesarios para respaldar su solicitud.
- **Guía paso a paso:**
Siga instrucciones claras y sencillas para evitar retrasos.

Gracias por dar este importante primer paso. Su compromiso con la exactitud nos ayuda a procesar su solicitud con eficacia. Esperamos poder ayudarle a avanzar en el **MBH-CBPTP**.

Siguiente

¿Necesita ayuda?

Los recursos que figuran a continuación pueden ayudarle a comprender y cumplimentar su solicitud.

- [Guía de Asistencia Técnica \(TAG\)](#)
- [Guía de subvenciones del CBPTP](#)

¿Aún necesita ayuda? Póngase en contacto con nosotros por correo electrónico:

MBHCBP@hcai.ca.gov

Esta página describe lo qué espera en el proceso de solicitud. Por favor, haga clic en **“Siguiente”** una vez que hayas leído y estas listo para continuar.

MBH-CBPTP Pagina de Certificaciones

CA HCAi California Department of Health Care Access and Information

Redacción Reuniones públicas Acerca de HCAi Suscribirse Carreras profesionales

Portal de Financiación

Spanish [Verificar Sesión](#)

Pre-solicitud MBH-CBPTP

☒ Bienvenido

→ **Certificaciones**

☐ Confirmación

Certificaciones

☐ He leído y comprendo la Guía de Subvenciones de este programa (en el recuadro "¿Necesita ayuda?" de la derecha encontrará un enlace a la Guía de Subvenciones).

☐ Reconozco lo siguiente

Entiendo que este programa proporciona hasta \$10,000 para costos elegibles de educación y capacitación, a cambio de una obligación de servicio de tres años a tiempo completo en cualquiera de los siguientes entornos de la red de seguridad de Medi-Cal. Consulte la página 5 de la Guía de Subvenciones (en el recuadro "Necesita ayuda" de la derecha encontrará un enlace a la guía de subvenciones).

- Federally Qualified Health Centers (FQHC) (Centros de Salud Calificados Federalmente)
- Community Mental Health Centers (CMHC) (Centros Comunitarios de Salud Mental) según la definición y certificación del Departamento de Salud Pública de California
- Rural Health Clinics (RHC) (Clínicas rurales de salud)
- Entornos con la siguiente combinación de pagadores:
 - a. Hospitales con un 40 % o más de población con Medicaid y/o sin seguro médico
 - b. Hospitales rurales con un 30 % o más de población con Medicaid y/o sin seguro médico
 - c. Otros centros de salud conductual con un 40 % o más de población con Medicaid y/o sin seguro médico

☐ Reconozco lo siguiente

Confirmo que no soy un indebitado actual o anterior del Medi-Cal Behavioral Health Student Loan Repayment Program (MBH SLRP).

☐ Reconozco lo siguiente

Autorizo a HCAi a ponerse en contacto con mi programa de formación utilizando un Training Program Verification Form (TPVF) (formulario electrónico de verificación del programa de formación) en esta solicitud.

☐ Reconozco lo siguiente

Entiendo que no puedo cambiar de programa de formación una vez que comience uno financiado por esta subvención.

☐ Reconozco lo siguiente

Certifico que no soy actualmente (a fecha de hoy) empleado del Estado de California dentro del sistema CalHR ni tengo previsto ser empleado del Estado durante el periodo de la subvención. (El sistema CalHR no incluye a los empleados de la Universidad Estatal de California, la Universidad de California, el sistema de Colegios Comunitarios de California).

☐ Reconozco lo siguiente

La financiación de este programa se limita a las categorías que se indican a continuación:

- Ciudadano estadounidense
- Residentes legales permanentes
- Extranjeros residentes condicionales
- Participantes condicionales
- Refugiados
- Personas a las que se ha concedido asilo
- Personas en libertad condicional en EE. UU. durante al menos un año
- Ciudadanos y nacionales ucranianos
- Ciudadanos y nacionales afganos en libertad condicional en EE. UU. entre el 31 de julio de 2021 y el 30 de septiembre de 2023
- Participantes cubano-haitianos
- Víctimas de la trata de seres humanos
- Inmigrantes maltratados-extranjeros calificados
- Estudiantes del Tratado de Jay

☐ Reconozco que soy uno de estos estados.

[Anterior](#) [Siguiente](#)

¿Necesita ayuda?

Los recursos que figuran a continuación pueden ayudarle a comprender y complementar su solicitud.

- [Guía de Asistencia Técnica \(TAG\)](#)
- [Guía de subvenciones del CBPTP](#)

¿Aún necesita ayuda? Póngase en contacto con nosotros por correo electrónico:

MBHCBP@hcai.ca.gov

Esta es la pagina de certificaciones. Por favor lea todas las opciones cuidadosamente. Marcar todos los campos de texto es necesario para continuar con su solicitud.

Por favor, haga clic en “**Siguiente**” después de haber revisado todos los reconocimientos.

MBH-CBPTP Pagina de Confirmación

**HCAi**
California Department of
Health Care Access and Information

Redacción

Reuniones
públicas

Acerca de
HCAi

Suscribirse

Carreras
profesionales

Portal de Financiación

Spanish

Iniciar Sesión

Pre-solicitud MBH-CBPTP

☒ Bienvenido

☒ Certificaciones

→ Confirmación

Confirmación

Gracias por llegar a esta fase del proceso de preselección. Apreciamos mucho sus progresos hasta ahora. Antes de empezar a completar su solicitud completa, tenga en cuenta que debe iniciar sesión para continuar.

Cuando haga clic en “Enviar”, si aún no ha iniciado sesión, se le redirigirá a la página de Iniciar sesión o Registrarse (si todavía no tiene una cuenta). Si ya ha iniciado sesión, accederá directamente al proceso de solicitud.

Iniciar sesión garantiza que los datos de su solicitud se guarden de forma segura y nos permite dar seguimiento a su progreso.

Próximos pasos:

Inicie sesión o regístrese:
Acceda a su cuenta. Si aún no tiene una cuenta, deberá registrarse antes de continuar. Este paso garantiza que toda la información de su solicitud permanezca segura y accesible.

Comience su solicitud completa:
Una vez que haya iniciado sesión, podrá continuar con el proceso de solicitud. Esto le permitirá proporcionar información adicional y finalizar su solicitud.
Al continuar, usted reconoce que ha leído y comprendido estas instrucciones. Gracias por su continuo interés en nuestro programa. Esperamos poder acompañarle en los próximos pasos.

Anterior

Enviar

¿Necesita ayuda?

Los recursos que figuran a continuación pueden ayudarle a comprender y cumplimentar su solicitud.

Guía de Asistencia Técnica (TAG))

Guía de subvenciones del CBPTP

¿Aún necesita ayuda? Póngase en contacto con nosotros por correo electrónico:

✉ MBHCBP@hcai.ca.gov

Esta es una confirmación final para asegurarse de que hayas iniciado un sesión y tengas un perfil configurado. Estar conectado a su perfil es necesario para facilitar el proceso de solicitud y mantener su información actualizada.

Por favor, haga clic en “**Enviar**” una vez que hayas leído y esté listo para continuar.

MBH-CBPTP Tipo de Proveedor

**HCAI**
California Department of
Health Care Access and Information

RedacciónReuniones
públicas

Acerca de
HCAI

Suscribirse

Carreras
profesionales

Portal de Financiación

Spanish

Cerrar Sesión

zzzEmily zzzGoodall

Solicitud MBH-CBPTP

→ Tipo de proveedor

☐ Certificaciones y Licencias☐ Requisitos del programa de formación☐ Preguntas relacionadas con la educación☐ Calendario de formación y servicios☐ Conflictos de intereses☐ Confirmar obligación del servicio☐ Preguntas adicionales☐ Confirmación del perfil☐ Confirmación de la solicitud**Tipo de proveedor**

Facilite la siguiente información.

¿Cuál de los siguientes tipos de proveedor recibirá formación? *

Seleccione una opción del menú desplegable.

Seleccionar

Siguiente

¿Necesita ayuda?
Los recursos que figuran a continuación pueden ayudarle a comprender y cumplimentar su solicitud.
[Guía de subvenciones del CBPTP](#)
¿Aún necesita ayuda? Póngase en contacto con nosotros por correo electrónico:
MBHCBP@hcai.ca.gov

Tipo de proveedor: Seleccione un tipo de proveedor de la lista desplegable.

Por favor, haga clic en **“Siguiente”**.

MBH-CBPTP Certificaciones y Licencias



California Department of
Health Care Access and Information

Redacción

Reuniones
públicas

Acerca de
HCAI

Suscrib

Portal de Financiación

Spanish

Cerrar Sesión

Solicitud MBH-CBPTP

☒ Tipo de proveedor

☐ Requisitos del programa de formación

☐ Preguntas relacionadas con la educación

☐ Calendario de formación y servicios

☐ Conflictos de intereses

☐ Confirmar obligación del servicio

☐ Preguntas adicionales

☐ Confirmación del perfil

☐ Confirmación de la solicitud

Certificaciones y Licencias

Certificaciones y Licencias

Revise y proporcione la siguiente información.

Selección del tipo de proveedor

Especialista en Apoyo entre Pares

¿Es usted actualmente un Especialista Certificado de Apoyo entre Pares a través de la Autoridad de Servicios de Salud Mental de California? *

☒ Sí

☐ No

¿Posee actualmente alguna de las siguientes licencias o certificaciones profesionales? *

- Médico especialista en adicciones
- Trabajador social clínico asociado
- Consejero clínico profesional asociado
- Orientador de bienestar certificado
- Psicólogo clínico licenciado
- Trabajador social clínico titulado
- Consejero clínico profesional licenciado
- Enfermero profesional titulado
- Enfermero especializado

- Asociado de Psicología
- Enfermero registrado
- Terapeuta matrimonial y familiar asociado
- Terapeuta matrimonial y familiar licenciado
- Técnico psiquiátrico titulado
- Especialista en rehabilitación de salud mental
- Terapeuta ocupacional
- Asistente médico
- Psiquiatras (incluidos psiquiatras especializados en adicciones y en niños y adolescentes)

☐ Sí

☐ No

Anterior

Siguiente

¿Posees un certificación o registro actualmente para su tipo de proveedor específico? Si su respuesta es “**Sí**”, no es elegible para esta subvención. Si su respuesta es “**No**”, puede continuar con la siguiente pregunta.

¿Posee actualmente alguna de las siguientes licencias o certificaciones profesionales? En caso afirmativo, no es elegible para esta subvención. Si su respuesta es “**No**”, puede continuar con la solicitud.

Por favor, haga clic en “**Siguiente**”.

MBH-CBPTP Requisitos del Programa de Formación

GA HCAi California Department of Health Care Access and Information

Redacción Reuniones públicas Acerca de HCAi Suscribirse

Portal de Financiación Spanish Cerrar Sesión

Solicitud MBH-CBPTP

- ☒ Tipo de proveedor
- ☒ Certificaciones y Licencias
- Requisitos del programa de formación**
- ☐ Preguntas relacionadas con la educación
- ☐ Calendario de formación y servicios
- ☐ Conflictos de intereses
- ☐ Confirmar obligación del servicio
- ☐ Preguntas adicionales
- ☐ Confirmación del perfil
- ☐ Confirmación de la solicitud

Requisitos del programa de formación

Facilite la siguiente información.

Selección del tipo de proveedor

Especialista en Apoyo entre Pares

Programa de formación *

Elija el programa de formación homologado al que asistirá en el siguiente menú desplegable

Indique el nombre del director del programa de formación. *

Indique la dirección de correo electrónico del director del programa de formación. *

Anterior Siguiente

Si seleccionó Especialistas de Apoyo, Consejeros Registrados en Alcohol y Otras Drogas, o Consejero Certificado en Alcohol y Otras Drogas en la página de Tipo de Proveedor, habría resultado en una página que se ve así.

Programa de Formación: Seleccione un programa de formación del menú desplegable.

Director del Programa de Formación: Indique el nombre de su Director del Programa de Formación. Por favor, indique la dirección de correo electrónico de su Director del Programa de Formación.

Por favor, haga clic en “**Siguiente**”.

MBH-CBPTP Requisitos del Programa de Formación (Continuado)

CA HCAi
California Department of
Health Care Access and Information

Redacción Reuniones públicas Acerca de HCAi Suscribirse

Portal de Financiación Spanish Cerrar Sesión

Solicitud MBH-CBPTP

- ☒ Tipo de proveedor
- ☒ Certificaciones y Licencias
- **Requisitos del programa de formación**
- ☐ Preguntas relacionadas con la educación
- ☐ Calendario de formación y servicios
- ☐ Conflictos de intereses
- ☐ Confirmar obligación del servicio
- ☐ Preguntas adicionales
- ☐ Confirmación del perfil
- ☐ Confirmación de la solicitud

Requisitos del programa de formación

Facilite la siguiente información.

Selección del tipo de proveedor
Trabajador de Salud Comunitaria (Promotor/Representante)

Indique el nombre del programa de formación al que asistirá. *

Indique la URL de la página web del programa de capacitación al que asistirá. *

Indique el nombre del director del programa de formación. *

Indique la dirección de correo electrónico del director del programa de formación. *

Anterior Siguiente

Si seleccionó “Trabajador de Salud Comunitaria (Promotor/Representante)” en la página de Tipo de Proveedor, habría resultado en una página que se ve así.

Programa de Formación: Por favor, indique el nombre y un enlace a la página web del Programa de Formación al que asistirá.

Director del Programa de Formación: Por favor, indique el nombre y la dirección de correo electrónico del Director del Programa de Formación.

Por favor, haga clic en “**Siguiente**”.

MBH-CBPTP – Preguntas Relacionadas con la Educación

**California Department of
Health Care Access and Information**

Redacción Reuniones públicas Acerca de HCAI Suscripción

Portal de Financiación

Spanish Cerrar Sesión

Solicitud MBH-CBPTP

- ☒ Tipo de proveedor
- ☒ Certificaciones y Licencias
- ☒ Requisitos del programa de formación
- Preguntas relacionadas con la educación**
- ☐ Calendario de formación y servicios
- ☐ Conflictos de intereses
- ☐ Confirmar obligación del servicio
- ☐ Preguntas adicionales
- ☐ Confirmación del perfil
- ☐ Confirmación de la solicitud

Preguntas Relacionadas con la Educación

Facilite la siguiente información.

¿El programa al que asistirá está en una universidad? *

Sí

¿Va a asistir a tiempo completo? *

Asistencia a tiempo completo significa al menos 12 unidades semestrales o equivalente

Seleccionar

Suba una captura de pantalla que muestre su presentación de la Solicitud Gratuita de Ayuda Federal para Estudiantes (Free Application for Federal Student Aid [FAFSA])/Cal Grant. La solicitud de FAFSA es obligatoria para los solicitantes que asisten a colegios o universidades. Si necesita presentar una solicitud, puede hacerlo [aquí](#). *

[Elegir archivo](#) No hay archivos seleccionados

Haga clic en [este enlace](#) para saber cómo hacer una captura de pantalla.

[Anterior](#) [Siguiente](#)

¿Es el programa al que asistirá está en una universidad?
Si la respuesta es **"No"**, por favor seleccione de la lista desplegable y proceda a hacer clic en **"Siguiente"**.

Si la respuesta es **"Sí"**, por favor proceda con la siguiente pregunta sobre la asistencia a tiempo completo.

Suba FAFSA: Sube una captura de pantalla que muestre tu solicitud de ayuda para el año 2026-2027 FAFSA/Cal Grant. Esto debe mostrar claramente tu nombre.

Por favor, haga clic en **"Siguiente"**.

MBH-CBPTP Calendario de Formación y Servicios

**HCAI** California Department of
Health Care Access and Information

Redacción Reuniones públicas Acerca de HCAI Suscripción

Portal de Financiación

Spanish Cerrar Sesión

Solicitud MBH-CBPTP

- ☒ Tipo de proveedor
- ☒ Certificaciones y Licencias
- ☒ Requisitos del programa de formación
- ☒ Preguntas relacionadas con la educación
- Calendario de formación y servicios**
- ☐ Conflictos de intereses
- ☐ Confirmar obligación del servicio
- ☐ Preguntas adicionales
- ☐ Confirmación del perfil
- ☐ Confirmación de la solicitud

Calendario de formación y servicios

Facilite la siguiente información. Nota: Si se le ofrece una adjudicación, el incumplimiento de este plazo puede suponer el incumplimiento de su acuerdo.

¿Cuándo tiene previsto iniciar su programa de formación? *
Debe ser a más tardar el 30 de septiembre de 2026
DD/MM/YYYY

¿Cuándo tiene previsto completar su programa de formación? *
Debe ser a más tardar el 30 de junio de 2028
DD/MM/YYYY

¿Cuándo tiene previsto iniciar su obligación de servicio? *
Debe ser a más tardar el 30 de junio de 2029
DD/MM/YYYY

Anterior **Siguiente**

Por favor, indique la fecha en que comenzará su Programa de Formación.

Por favor, indique la fecha prevista de finalización de su Programa de Formación.

Por favor, indique la fecha prevista en la que comenzará su obligación de servicio.

Por favor, haga clic en “**Siguiente**”.

MBH-CBPTP Conflictos de Intereses

**California Department of
Health Care Access and Information**

Redacción Reuniones públicas Acerca de HCAI Suscripción

Portal de Financiación

Spanish Cerrar Sesión

Solicitud MBH-CBPTP

- ☒ Tipo de proveedor
- ☒ Certificaciones y Licencias
- ☒ Requisitos del programa de formación
- ☒ Preguntas relacionadas con la educación
- ☒ Calendario de formación y servicios
- Conflictos de intereses**
- ☐ Confirmar obligación del servicio
- ☐ Preguntas adicionales
- ☐ Confirmación del perfil
- ☐ Confirmación de la solicitud

Conflictos de intereses

Facilite la siguiente información. Nota: No compartir detalles precisos sobre conflictos de intereses u obligaciones de servicio actuales puede incumplir su acuerdo.

¿Ha trabajado alguna vez para el Estado de California? ¿Esto incluye los Colegios Comunitarios de California, la Universidad Estatal de California o la Universidad de California? *

☒ Sí
☐ No

¿Cuál era la naturaleza de su trabajo para el Estado de California? *

Seleccione una opción de la siguiente lista (marque todas las que procedan)

Select

Facilite una carta en la que confirme que no tiene ningún conflicto de intereses para este programa. Consulte esta [plantilla descargable](#) como referencia.

Suba su carta de conflicto de intereses *

No hay archivos seleccionados

Aquí se le pregunta si tiene un conflicto de interés. Si trabajas para el Estado de California, no será elegible para solicitar esta oportunidad de subvención. Sin embargo, si trabajaste para el Estado de California en el pasado, aún puede ser elegible. Por favor, reporta esa experiencia de trabajo.

Si responde “**Sí**”, aparecerán preguntas adicionales.

Si responde “**Sí**”, por favor suba una carta de Conflicto de Intereses (COI) en la que indique el nombre y las fechas de su empleo anterior en el Estado de California.

Si respondes “**No**”, entonces eres libre de pasar a la siguiente pregunta.

Por favor, desplácese más hacia abajo en la página.

MBH-CBPTP – Conflictos de intereses (Continuado)



¿Tiene actualmente otras obligaciones de servicio? *

☒ Sí

☐ No

¿Cuál es la fecha límite de esta obligación de servicio? *

DD/MM/YYYY



¿Ha solicitado el Medi-Cal Behavioral Health Scholarship Program? *

☒ Sí

☐ No

Anterior

Siguiente

¿Tiene una obligación de servicio con otro programa? En otras palabras, ¿Recibió un indemnización de HCAI o otra organización, con la condición de que debe trabajar durante el período de la subvención propuesta para esta solicitud?

Si responde “**Sí**”, aparecen preguntas adicionales.

Si respondes “**No**”, puedes continuar con la siguiente pregunta.

Por favor, haga clic en “**Siguiente**”.

MBH-CBPTP Confirmar Obligación de Servicio

CA HCAi California Department of Health Care Access and Information

Redacción Reuniones públicas Acerca de HCAi Suscripción

Portal de Financiación Spanish [Cerrar Sesión](#)

Solicitud MBH-CBPTP

- ☒ Tipo de proveedor
- ☒ Certificaciones y Licencias
- ☒ Requisitos del programa de formación
- ☒ Preguntas relacionadas con la educación
- ☒ Calendario de formación y servicios
- ☒ Conflictos de intereses
- Confirmar obligación del servicio**
- ☐ Preguntas adicionales
- ☐ Confirmación del perfil
- ☐ Confirmación de la solicitud

Confirmar obligación de servicio

Este programa requiere un compromiso de servicio a tiempo completo de tres años. Si no cumple esta obligación, será un incumplimiento de contrato. A continuación, deberá devolver los fondos recibidos. Teniendo esto en cuenta, ¿puede cumplir la obligación de servicio en función de su situación personal? *

☒ Sí

☐ No

[Anterior](#) [Siguiente](#)

Aquí estás confirmando que te comprometes a una obligación de servicio de tres años después de que concluya tu programa de formación. Si no puedes completar la obligación de servicio, podrías ser considerado en incumplimiento de contrato.

Por favor, haga clic en “**Siguiente**”.

MBH-CBPTP – Preguntas Adicionales



California Department of
Health Care Access and Information

Redacción Reuniones públicas Acerca de HCAI

Portal de Financiación

Spanish Cerrar S

Solicitud MBH-CBPTP

☒ Tipo de proveedor

☒ Certificaciones y Licencias

☒ Requisitos del programa de formación

☒ Preguntas relacionadas con la educación

☒ Calendario de formación y servicios

☒ Conflictos de intereses

☒ Confirmar obligación del servicio

→ Preguntas adicionales

☐ Confirmación del perfil

☐ Confirmación de la solicitud

Preguntas adicionales

Facilite la siguiente información

¿Ha recibido o participado en alguno de los siguientes programas? *

- Beca para estudiantes desfavorecidos de la Health Resources and Services Administration (HRSA) (Administración de Recursos y Servicios de Salud)
- Federal Supplemental Educational Opportunity Grant (FSEOG) (Beca Federal Complementaria para la Oportunidad Educativa)
- Becas Pell
- Préstamo Perkins
- Programa Work Study
- Beca California College Promise de una universidad comunitaria de California
- Programa Food Stamp (por ejemplo, CalFresh, SNAP, EBT)

☒ Sí

☐ No

¿Ha estado alguna vez sin hogar (actualmente o en el pasado)? *

☒ Sí

☐ No

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su experiencia con las personas sin hogar? *

☐ Personas sin hogar crónicas (según la definición del HUD)

☐ Personas sin hogar menores de 25 años

☐ Personas sin hogar en edad adulta (25 años o más)

☐ Nunca se han quedado sin hogar

¿Ha recibido/participado en alguno de los siguientes?

¿Ha estado alguna vez sin hogar?

Si respondes “**Sí**”, aparecerán preguntas adicionales. Si respondes “**No**”, puedes continuar con la siguiente pregunta.

Por favor, desplácese más hacia abajo en la página.

MBH-CBPTP – Preguntas Adicionales (Continuado)

¿Ha estado alguna vez en el sistema de acogida o de protección de menores? *

- ☒ Sí
☐ No

Por favor, seleccione la opción que mejor le aplique usted. *

- ☐ Estuve en un hogar de acogida al cumplir 18 años.
☐ Fui expulsado(a) de casa por un período superior a 30 días, pero no estuve en hogar de acogida al cumplir 18 años.
☐ He estado en el sistema de acogida o sistema de bienestar infantil, pero nada de lo anterior se aplica.
☐ Nunca he estado en el sistema de acogida ni en el sistema de bienestar infantil.

Idiomas

Seleccione todas las lenguas de la lista. Elija idiomas que pueda utilizar con confianza en un entorno profesional y de cara al cliente (no solo en conversación). Puede seleccionar varios idiomas.

- | | |
|---|---|
| ☐ Any Indigenous and/or Tribal languages | ☐ Any Sign Languages |
| ☐ Arabic | ☐ Armenian |
| ☐ Cambodian | ☐ Chinese |
| ☐ Farsi | ☐ Hindi |
| ☐ Hmong | ☐ Japanese |
| ☐ Korean | ☐ Laotian |
| ☐ Mien | ☐ Punjabi |
| ☐ Russian | ☒ Spanish |
| ☐ Tagalog | ☐ Ukrainian |
| ☐ Vietnamese | |

Anterior

Siguiente

¿Ha estado alguna vez en el sistema de acogida o de protección de menores?

¿Habla cualquiera de los idiomas enumerados con fluidez/lo suficientemente bien como para poder prestar servicios de atención directa a los clientes sin servicios de traducción adicionales? Marque todas las que correspondan.

Por favor, haga clic en “**Siguiente**”.

MBH-CBPTP – Confirmación del Perfil

CA HCAi California Department of Health Care Access and Information

Redacción Reuniones públicas Acerca de HCAi Sus

Portal de Financiación Spanish Cerrar Sesión

Solicitud MBH-CBPTP

- ☒ Tipo de proveedor
- ☒ Certificaciones y Licencias
- ☒ Requisitos del programa de formación
- ☒ Preguntas relacionadas con la educación
- ☒ Calendario de formación y servicios
- ☒ Conflictos de intereses
- ☒ Confirmar obligación del servicio
- ☒ Preguntas adicionales
- Confirmación del perfil**
- ☐ Confirmación de la solicitud

Confirmación del perfil

Primer nombre *

Apellidos *

Numero de teléfono *

Correo electrónico *

emily.robinson+2@hcai.ca.gov

Dirección personal

Please enter a valid address.

☒ La información de mi perfil que aparece en esta página es exacta y está actualizada. *

Anterior Siguiente

Su información de contacto debería aparecer cuando vea esta pantalla. La intención es confirmar que su información es correcta. Si hay un error, por favor haga la corrección ya que podría resultar en un retraso en un indemnización o pago.

Si está satisfecho con la información de su perfil, por favor marque la casilla.

Por favor, haga clic en “Siguiente”.

MBH-CBPTP – Confirmación de la Solicitud

CA HCAI California Department of Health Care Access and Information

Redacción Reuniones públicas Acerca de HCAI

Portal de Financiación

Spanish Cerrar

Solicitud MBH-CBPTP

- ☒ Tipo de proveedor
- ☒ Certificaciones y Licencias
- ☒ Requisitos del programa de formación
- ☒ Preguntas relacionadas con la educación
- ☒ Calendario de formación y servicios
- ☒ Conflictos de intereses
- ☒ Confirmar obligación del servicio
- ☒ Preguntas adicionales
- ☒ Confirmación del perfil

→ **Confirmación de la solicitud**

Confirmación de la solicitud

Está a punto de presentar su solicitud. Una vez enviada, no podrá editarla ni borrarla del sistema.

Certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en esta solicitud es veraz y exacta. Autorizo al Department of Health Care Access and Information (HCAI) (Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica) a verificar los datos que he facilitado. Sé que la falsificación de información descalificará mi solicitud. Si se me conceden fondos y más tarde se descubre que he falsificado información o incumplido mi contrato, debo devolver los fondos, más intereses y tasas. También entiendo que, una vez presentada, mi solicitud y los documentos justificativos pertenecen al HCAI.

Entiendo que, si se me indemniza, acepto las siguientes condiciones:

- Devolver puntualmente toda la correspondencia
- Firmar un acuerdo de subvención con el Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica (HCAI)
- Cuando lo solicite HCAI, hacer que mi empleador presente un Employer Verification Form (EPV) (formulario de verificación del empleador) al HCAI
- Mantener el empleo en un centro calificado durante toda la obligación de servicio
- Notificar al HCAI cualquier cambio en mi dirección, correo electrónico, número de teléfono, empleo y cualquier baja laboral en un plazo de treinta (30) días
- No aceptar ninguna otra adjudicación con otras entidades, incluidos otros programas del HCAI, que requieran cumplir un contrato que se solape con esta obligación de servicio
- Devolver los fondos recibidos, con los intereses y sanciones correspondientes, si no cumplo las condiciones de la obligación de servicio

☐ **Estoy de acuerdo ***

Anterior **Enviar**

Esta es la página final de la solicitud MBH-CBPTP. Por favor, lea toda la información.

Si está satisfecho con la información de su solicitud, por favor marque la casilla **“Estoy de acuerdo”**.

Por favor, haga clic en **“Enviar”** cuando haya terminado.

IMPORTANTE: Esta será su última oportunidad para hacer una edición en su solicitud. Una vez que haga clic en **“Enviar”** ya no podrá realizar cambios en su solicitud.

MBH-CBPTP– Envió Exitoso

Este es el mensaje final que verá después de haber enviado su solicitud con éxito.

Gracias por presentar una solicitud.



**Su solicitud se ha enviado
correctamente.**

Gracias por solicitar el **MBH-CBPTP**. Su número de solicitud de aplicación es **App-MBH-CBPTP-1020**. Incluya este número de solicitud en cualquier comunicación con el HCAI.

Puede seguir el estado de su solicitud desde la página de inicio del Portal de Financiación.

Tenga en cuenta: Es posible que su envío tarde un momento en aparecer. Si no lo ve inmediatamente en su página de inicio, pruebe a actualizar la página.

[Volver al Portal de Financiación](#)

Preguntas?

MBHCBP@hcai.ca.gov