



Consejo Asesor De Salud De La Comunidad Del Columbia Gorge Formulario de Solicitud para Membrecía

Esta solicitud es para miembros de la comunidad quienes estén dispuestos e interesados en asistir (ayudar) comités o equipos de proyecto Del Consejo de Salud Del Columbia Gorge.

El Consejo Asesor De La Comunidad (CAC) es contratado por la Junta de Consejo Gobernante del Consejo De Salud Del Columbia Gorge (CGHC), para asesorar y hacer recomendaciones respecto a la dirección estratégica de la organización. El CAC guiará a CGHC a permanecer sensible a las necesidades de salud de la comunidad y el consumidor.

Todos los interesados en aplicar para CGHC EL Consejo Asesor De La Comunidad deben completar esta forma y regresarla a:

Columbia Gorge Health Council
511 Washington Street, Suite 101
The Dalles, OR 97058
Correo Electrónico: suzanne@gorgehealthcouncil.org

POR FAVOR ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE CLARA.

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	APELLIDO
---------------	---------	----------

ORGANIZACIÓN/EMPLEADOR (SI ES APLICABLE)	FECHA DE NACIMIENTO
--	---------------------

TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
----------	--------------------

DOMICILIO FÍSICO

CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
--------	---------------	---------

Por favor platíquenos acerca de usted. Por favor escriba acerca de sus antecedentes y su participación en otros foros comunitarios, procesos públicos de planificación, consejos asesores, etc. Adjunte más páginas si es necesario.

¿Cuál es la categoría de su membresía? (marque todo lo que aplique):

- Miembro –usted actualmente está inscrito en Medicaid (Oregon Health Plan)
 - Usted es familiar o tutor legal de un miembro de Medicaid (OHP)
 - Líder en la Comunidad
 - Organización Comunitaria (nombre de la organización comunitaria)
-

¿Eres un veterano o miembro activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí No

¿Puede asistir a juntas durante el día?

- Sí – a cualquier hora
- Sí – sólo por la mañana
- Sí – sólo por la tarde
- No

Nosotros podemos proporcionar transporte para esas juntas y otras acomodaciones tales como, interpretación de lenguaje. ¿Necesita transporte, intérprete ó cualquier otra acomodación especial? Si es así, ¿qué?

Yo certifico que las declaraciones hechas por mí en ésta forma son correctas y verdaderas según mi mejor conocimiento y creencia. Yo estoy de acuerdo en servir en El Consejo Asesor de la Comunidad CGHC por dos años. Yo asistiré y participaré en por lo menos cuatro juntas al año y a cualquier otra junta del sub-comité como sea necesario. Si no puedo asistir, notificaré al personal del CGHC antes de la junta.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

El completar ésta solicitud no hace a alguien miembro del consejo. CGHC elegirá miembros basado en representación y diversidad geográfica de otros miembros de Medicaid.

Si usted no es seleccionado para el CAC, ¿podríamos contactarlo para participar en otras actividades del CGHC en el futuro? Sí No