



Correo \_\_\_\_\_

- 1) Cuéntenos sobre usted. Escriba sobre sus antecedentes y su participación en otros foros comunitarios, procesos de planificación pública, consejos consultivos, etc. Agregue más páginas si es necesario.

---

---

---

---

---

---

La responsabilidad principal del Consejo Consultivo Comunitario es proporcionar recomendaciones al órgano directivo o Panel Consultivo Clínico sobre los siguientes temas:

- Evaluación de la Salud Comunitaria (CHA)
- Prácticas de atención preventiva
- Plan de Mejora de Salud Comunitaria (CHIP)
- Pautas de la política sobre las actividades relacionadas con los consumidores de WVCH

Las recomendaciones del Consejo Consultivo Comunitario no son vinculantes. Si las recomendaciones del CAC no se priorizan, el órgano directivo proporcionará comentarios al comité.

- 2) Díganos por qué desea participar en este consejo. ¿Qué ofrecerán sus antecedentes o intereses al equipo? Tenga a bien limitarse a uno o dos párrafos.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- 3) ¿Es actualmente miembro de otros comités o consejos consultivos de Medicaid?  
No                      Sí

Si seleccionó la opción *Sí*, enumere de qué comités o consejos forma parte.

---

---

---

---

4) ¿Cuál es su experiencia como miembro o familiar de un miembro del Oregon Health Plan?

- Ninguna
- Menos de 1 año
- 1 a 2 años
- 3 a 5 años
- Más de 5 años
- Más de 10 años

5) ¿Cuál es su categoría de membresía? (marque todas las opciones que correspondan):

- Miembro; actualmente se encuentra inscrito en Medicaid (Oregon Health Plan)
- Familiar o tutor legal de un miembro de Medicaid (OHP)
- Líder comunitario
- Organización comunitaria (nombre de la organización comunitaria \_\_\_\_\_)

6) ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (opcional) \_\_\_\_\_

7) ¿Cuál es su género? (opcional) \_\_\_\_\_

8) ¿Cuál es su raza/etnia? (opcional):

- Amerindio o Nativo de Alaska
- Asiático o Habitante de una isla del Pacífico
- Negro
- Hispano
- Blanco
- Otro \_\_\_\_\_

9) ¿En qué momento puede asistir a las reuniones?

¿Qué días de la semana le resultan conveniente?

---

¿Qué horario le resulta conveniente?

- Por la mañana solo entre las \_\_\_\_\_ a. m. y las \_\_\_\_\_ a. m.
- Por la tarde solo entre las \_\_\_\_\_ p. m. y las \_\_\_\_\_ p. m.
- Por la noche solo entre las \_\_\_\_\_ p. m. y las \_\_\_\_\_ p. m.

10) Podemos proporcionar un subsidio para los miembros consumidores para estas reuniones y otras adaptaciones como interpretación de idiomas. ¿Necesita interpretación o alguna adaptación especial? De ser así, ¿cuál?

---

---

---

### Referencias

A continuación, enumere a dos o tres personas que nos puedan comentar de qué manera podría contribuir con el Consejo Consultivo Comunitario.

---

Nombre	Apellido
--------	----------

---

Organización/Empleador (si corresponde)

---

Relación con usted

---

Teléfono	Dirección de correo electrónico
----------	---------------------------------

---

Nombre	Apellido
--------	----------

---

Organización/Empleador (si corresponde)

---

Relación con usted

---

Teléfono	Dirección de correo electrónico
----------	---------------------------------

---

Nombre	Apellido
--------	----------

---

Organización/Empleador (si corresponde)

---

Relación con usted

---

Teléfono	Dirección de correo electrónico
----------	---------------------------------



Certifico que las declaraciones realizadas por mí en este formulario son reales y correctas a mi leal saber y entender. Acepto prestar servicio en el Consejo Consultivo Comunitario de Willamette Valley Community Health durante tres años. Asistiré y participaré de, al menos, el 75 % de las reuniones por año. Si no puedo asistir, notificaré al Director o Vicedirector del CAC de WVCH antes de la reunión.

---

Firma del solicitante

Fecha

Completar este formulario no convierte a una persona automáticamente en miembro del consejo. El Comité de Selección del CAC de WVCH elegirá a los miembros sobre la base de la diversidad geográfica y la representación de otros miembros de Medicaid.

Si no resulta seleccionado por el CAC, ¿podemos comunicarnos con usted para participar en otras actividades de WVCH en el futuro? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No