

Participe en nuestro Consejo Asesor Comunitario

Si le interesa formar parte del Consejo Asesor Comunitario de InterCommunity Health Network CCO (CAC), complete esta solicitud. Como miembro de nuestro Consejo Asesor usted estudiará las necesidades de su condado y nos ayudará a decidir qué hacer.

Sus datos personales	
Nombre:	
Dirección:	
Dirección postal (si es distinta a la anterior):	
Teléfono:	Correo electrónico:
La mejor manera de contactarme es: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo	
Su solicitud	
¿Es miembro de Oregon Health Plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es el padre, madre o tutor de un miembro de Oregon Health Plan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuántos años de experiencia tiene como miembro o padre o tutor de un miembro de Oregon Health Plan?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Menos de un año <input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> 3-5 años <input type="checkbox"/> 6-10 años <input type="checkbox"/> Más de 10 años
¿Es miembro de otras organizaciones de la comunidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, anótelas:	
¿Está dispuesto a dedicar un promedio de 6 a 8 horas al mes a actividades del Consejo asesor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Interesado en: <input type="checkbox"/> Consejo local (su condado) <input type="checkbox"/> Consejo regional (Benton/Lincoln/Linn) <input type="checkbox"/> Ambos	
Seleccione las horas a las que puede asistir a reuniones entre semana (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Mañanas <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> Medio día	
Quizás podamos proporcionar transporte a estas reuniones y otros servicios como intérprete si no habla inglés. ¿Necesita transporte, intérprete u otras adaptaciones especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿qué necesita?	
Raza/etnicidad (opcional): <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	
Explique por qué es un buen candidato para nuestro CAC. Si lo desea puede adjuntar su currículum vitae u otros documentos que describen sus antecedentes.	

Anote los temas de salud comunitaria que son de importancia para usted:

¿Por qué quiere formar parte de nuestro CAC?

Sus referencias

Proporcione el nombre de dos o tres personas que nos puedan decir qué es lo que usted podría aportar al Consejo.

Nombre	Organización	Teléfono	Correo electrónico
1.			
2.			
3.			

Las declaraciones que he hecho en este formulario son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Envíe su solicitud completada a:

Benton County: Administrador de salud, PO Box 579, Corvallis, OR 97339

Lincoln County: Administrador de salud, 36 SW Nye St., Newport, OR 97365

Linn County: Administrador de salud, 315 4th Ave. SW, Albany, OR 97321

También puede enviar su solicitud a: Bruce Butler, IHN-CCO, PO Box 1310, Corvallis, OR 97339

Esta aplicación también está disponible en línea en **IHNtogether.org**.

¿Qué pasa después?

Le animamos a asistir a una reunión del CAC local. Podrá encontrar información sobre las próximas reuniones en el sitio web **IHNtogether.org/Community-Advisory-Council** en **Get Involved** y luego haciendo clic en **Get Involved with the Community Advisory Committee**.

Después de recibir su solicitud nos pondremos en contacto con usted para darle una cita para reunirnos. Durante la reunión, proporcionaremos más detalles sobre los deberes y las funciones de los comités. Le preguntaremos cuánto tiempo puede dedicar a este trabajo y le animaremos a asistir a su reunión del CAC local. Gracias por su interés. Esperamos conocerle.