

Consejo Asesor de Equidad en Salud

Solicitud de Nombramiento como Miembro

Gracias por su interés y por solicitar ser considerado para ser nombrado miembro del Consejo Asesor de Equidad en Salud. Por favor, complete esta solicitud y devuélvala a HEAApplications@ventura.org junto con cualquier información adicional que le gustaría que se tenga en cuenta, como un currículum vitae.

Nombre: _____
PRIMERO SEGUNDO APELLIDO

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Idioma(s) que Habla/Escribe:

¿Cuál de las siguientes le describe mejor a usted? *(opcional, marque todas las que apliquen)*

<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sin género	<input type="checkbox"/> Genderqueer/ No binario/No convencional en cuanto a género
<input type="checkbox"/> Hombre Trans	<input type="checkbox"/> Mujer Trans		
<input type="checkbox"/> No aparece en la lista y deseo compartirlo: _____			

Pronombre(s): _____

¿Cuál de las siguientes le describe mejor a usted? *(opcional, marque todas las que apliquen)*

<input type="checkbox"/> Asiático o isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano, latino o latinx
<input type="checkbox"/> Blanco o caucásico	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Multirracial o birracial		
<input type="checkbox"/> No aparece en la lista y deseo compartirlo: _____		

¿Cómo puede su experiencia vivida ayudar al HEAC a entender la forma en que el racismo y otras inequidades (como las que implican identidad de género, etnia, discapacidad, orientación sexual, etc.) tienen impacto en la atención sanitaria?

¿Qué espera aportar como miembro del Consejo Asesor de Equidad en Salud?

¿Hay algo más que le gustaría que sepamos sobre su interés por abordar problemas de desigualdades e inequidades en salud en el Condado de Ventura?

¿Puede usted dedicar 2-5 horas al mes al trabajo del Consejo? SÍ NO

¿Tiene algún conflicto de interés económico o personal con la Agencia de Salud? SÍ NO

Si la respuesta es Sí, explique: _____

¿Cómo oyó hablar de solicitar ser miembro del Consejo Asesor de Equidad en Salud Council?

Presentar esta solicitud no garantiza que usted será seleccionado para servir. Para permitir la continuidad del grupo, los miembros iniciales serán nombrados para periodos de dos o tres años. Esta solicitud se conservará durante un periodo de un año. Después de un año, es necesario presentar una solicitud nueva para otro año de elegibilidad para ser considerado para ser nombrado. Las personas nombradas no se consideran empleados del Condado a efectos de beneficios, como compensación de los trabajadores, seguro de salud, etc.

Devuelva la Solicitud Completada a:

*Health Care Agency
5851 Thille Street, 1st floor
Ventura, CA 93003*

O envíe por correo electrónico a:

HECAppliations@ventura.org

ESTA SOLICITUD ES UN DOCUMENTO DE DOMINIO PÚBLICO Y ESTÁ SUJETA A REVELACIÓN

Firma del Solicitante

Certifico que, según mi leal saber y entender, todas las afirmaciones contenidas en esta solicitud son completas y verdaderas. Además, certifico que, si soy nombrado, prestaré servicio con justicia, imparcialidad y según lo mejor de mis capacidades. Acepto y entiendo que cualquier afirmación incorrecta sobre hechos sustanciales me hará perder todo derecho a ser nombrado miembro del Consejo Asesor de Equidad en Salud del Condado de Ventura.

FIRMA

FECHA