

Federally Qualified Health Centers (FQHCs) son entidades públicas o sin fines de lucro que prestan servicios a poblaciones designadas como marginadas en términos médicos. La Community Health Center Board (CHCB) es responsable de establecer las políticas del Health Center y garantizar que este responda a las necesidades de la población.

Esta es una solicitud para ser considerado como miembro voluntario de la Junta de cosolicitantes de los Centros de Salud Comunitarios del condado de Multnomah. **La presentación de esta solicitud no garantiza la nominación ni la membresía.** Para obtener más información sobre el proceso de nominación, envíe un correo electrónico a chcb.liaison@multco.us

Si desea que se lo considere para la nominación a la junta, complete toda la solicitud.

Nombre y apellido:		Nombre preferido:	
Teléfono:		Correo electrónico:	
Identidad de género:		Pronombres:	
Dirección:			

¿Cuál es la mejor manera de contactarte? (marca con una X)

Teléfono:

Correo electrónico:

Texto:

Correo postal:

1. Describa el motivo por el que le interesa ser miembro de la junta para la CHCB:

2. ¿Qué asuntos de salud le interesan más? (Marque con X los tres principales)

Acceso a atención médica	☐	Discapacidades y acceso	☐	Salud mental	☐
Adicción y recuperación	☐	Prevención de enfermedades	☐	Nutrición/Acceso a la comida	☐
Envejecimiento	☐	Equidad en salud	☐	Políticas públicas y gobierno	☐
Enfermedad crónica	☐	Personas sin hogar	☐	Salud espiritual	☐
Agua, alimentos y aire limpio	☐	Vivienda y salud	☐	Salud de jóvenes y estudiantes	☐
Salud dental y oral	☐	Salud materno-infantil	☐	Otro (escriba aquí)_____	☐

3. ¿Sus intereses están vinculados a alguna comunidad específica (raza, etnia, situación económica, situación de vivienda, etc.)? En caso afirmativo, indíquenos cuáles.

4. ¿Trabaja en el sector de atención médica o para una organización de salud? En caso afirmativo, describa su función en el sector de atención médica:

☐ Sí ☐ No

5. ¿Usted, o un niño o adulto dependiente, es paciente de alguna de las clínicas Multnomah County Health Department?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde fue su última visita?

6. ¿Usted, su cónyuge, hijo o padre trabaja para Multnomah County, Health Department, Integrated Clinical Services (ICS) o Board of County Commissioners?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa su relación con el empleado:

7. ¿Vive o trabaja en el Multnomah County? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

☐ Vivo ☐ Trabajo

8. ¿Tiene habilidades o experiencia en alguna de estas áreas? Marque todas sus habilidades con una de las siguientes letras: B (básico), I (intermedio) o E (experto).

Experiencia previa en juntas	☐	Sistemas de atención médica	☐	Problemas de salud pública	☐
Banca/Finanzas/Contador público certificado	☐	Recursos humanos	☐	Discursos públicos	☐
Organización comunitaria	☐	Jurídico/Asistente jurídico /Aboado	☐	Control de calidad	☐
Resolución de conflictos	☐	Administración/ Supervisión	☐	Entidades sin fines de lucro	☐
Diversidad/Igualdad/ Inclusión	☐	Experiencia/Defensa de paciente	☐	Otra	
Promoción de la salud	☐	Desarrollo/Revisión de políticas	☐		

9. ¿Posee alguna licencia profesional, título o certificación que pueda mejorar o aportar información a su participación en la junta?

10. ¿A qué comités le interesaría unirse?

Finanzas

☐

Calidad

☐

Estatutos

☐

Nominación

☐

11. Mencione las habilidades que desea desarrollar:

12. ¿Participa activamente en alguna otra organización de defensa?

☐

Sí

☐

No

En caso afirmativo, comparta los nombres:

13. ¿Puede comprometerse a asistir al menos a una reunión de dos horas (2 h) al mes?

☐

Sí

☐

No

14. ¿Con qué razas Y etnias se identifica?

15. ¿Cuál es su idioma preferido?

16. ¿Tiene alguna preferencia o restricción alimentaria?

17. ¿Necesita ayuda con el transporte hacia o desde las actividades relacionadas con la junta?

☐

Sí

☐

No

Opcional: ¿Hay algo más que quiera contarnos sobre usted? Utilice una hoja de papel aparte, si es necesario, para describirlo (obligaciones familiares y personales, estado de salud, etc.).

Firma: Al firmar a continuación, certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera según mi leal saber y entiende

Firma: _____ Date: _____