

Hệ Thống Trung Tâm Y Tế Đủ Tiêu Chuẩn Liên Bang (Federally Qualified Health Centers, FQHC) là các tổ chức phi lợi nhuận hoặc công lập phục vụ cho các nhóm dân số không được hưởng đầy đủ dịch vụ y tế được chỉ định. Community Health Center Board (CHCB) chịu trách nhiệm thiết lập chính sách Health Center và đảm bảo trung tâm đáp ứng nhu cầu của người dân.

Đây là đơn đăng ký để được xem xét phục vụ với tư cách là thành viên tình nguyện của Hội Đồng Đồng Ứng Viên cho Hệ Thống Trung Tâm Y Tế Cộng Đồng của Quận Multnomah. **Việc nộp đơn đăng ký này không đảm bảo quý vị sẽ được đề cử hoặc có tư cách thành viên.** Để biết thêm thông tin về quy trình đề cử, hãy gửi email đến địa chỉ: anirudh.padmala@multco.us and chcb.liaison@multco.us

Để được cân nhắc đề cử vào hội đồng, vui lòng điền toàn bộ đơn đăng ký.

Họ và tên:	<input type="text"/>	Tên ưa thích:	<input type="text"/>
Điện thoại:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Bản Dạng Giới:	<input type="text"/>	Đại từ:	<input type="text"/>
Địa chỉ:	<input type="text"/>		

Cách tốt nhất để liên hệ với quý vị là gì? (thêm dấu X vào một phương án)	Điện thoại:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>	Tin nhắn văn bản:	<input type="text"/>	Thư bưu điện:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1. Vui lòng mô tả lý do tại sao quý vị quan tâm đến việc trở thành thành viên hội đồng CHCB:

2. Quý vị quan tâm đến chủ đề sức khỏe nào nhất? (Đánh dấu X vào ba chủ đề quý vị quan tâm nhất)

Tiếp cận dịch vụ Chăm Sóc Sức Khỏe	<input type="checkbox"/>	Tình Trạng Khuyết Tật & Khả Năng Tiếp Cận	<input type="checkbox"/>	Sức Khỏe Tâm Thần	<input type="checkbox"/>
Tình Trạng Nghiện & Hồi Phục	<input type="checkbox"/>	Phòng Ngừa Bệnh	<input type="checkbox"/>	Dinh Dưỡng/Tiếp Cận Thực Phẩm	<input type="checkbox"/>
Lão Hóa	<input type="checkbox"/>	Công Bằng Sức Khỏe	<input type="checkbox"/>	Chính Sách Công & Chính Quyền	<input type="checkbox"/>
Bệnh Mạn Tính	<input type="checkbox"/>	Tình Trạng Vô Gia Cư	<input type="checkbox"/>	Sức Khỏe Tâm Linh	<input type="checkbox"/>
Không Khí, Nước, Thực Phẩm Sạch	<input type="checkbox"/>	Nhà Ở & Sức Khỏe	<input type="checkbox"/>	Sức Khỏe Thanh Thiếu Niên & Học Sinh/Sinh Viên	<input type="checkbox"/>
Sức Khỏe Nha Khoa & Răng Miệng	<input type="checkbox"/>	Sức Khỏe Mẹ & Bé	<input type="checkbox"/>	Khác (nhập vào đây) _____	<input type="checkbox"/>

3. Mọi quan tâm của quý vị có liên quan đến bất kỳ cộng đồng cụ thể nào (chủng tộc, sắc tộc, tình trạng kinh tế, tình trạng nhà ở, v.v.) không? Nếu có, vui lòng cho chúng tôi biết đó là cộng đồng nào.

4. Quý vị có làm việc trong Lĩnh Vực Chăm Sóc Sức Khỏe hoặc cho một Tổ Chức Y Tế không? Nếu có, vui lòng mô tả vai trò của quý vị trong Ngành Chăm Sóc Sức Khỏe:

Có KHÔNG

5. Quý vị, trẻ em hoặc người lớn phụ thuộc của quý vị có phải là bệnh nhân tại một trong các phòng khám thuộc Sở Y Tế Quận Multnomah không?

Yes No

Nếu có, lần thăm khám gần đây nhất của quý vị/của họ diễn ra vào thời điểm nào/ở đâu?

6. Quý vị, vợ/chồng, con cái hoặc cha/mẹ quý vị có làm việc cho [Multnomah County], [Health Department], [Integrated Clinical Services (ICS)], hoặc [Board of County Commissioners] không?

Yes No

Nếu có, vui lòng mô tả mối quan hệ của quý vị với nhân viên:

7. Quý vị sống và/hoặc làm việc trong Quận Multnomah không? (Chọn tất cả những mục phù hợp).

Sống Làm việc

8. Do you have **skills or experience** in any of these areas?

Please mark all of your skills with either; **B** (Beginner), **I** (Intermediate), or **E** (Expert).

Previous Board Experience	<input type="checkbox"/>	Healthcare Systems	<input type="checkbox"/>	Public Health Issues	<input type="checkbox"/>
Banking/Finance/CPA	<input type="checkbox"/>	Human Resources	<input type="checkbox"/>	Public Speaking	<input type="checkbox"/>
Community Organizing	<input type="checkbox"/>	Legal/Paralegal/Lawyer	<input type="checkbox"/>	Quality Assurance	<input type="checkbox"/>
Conflict Resolution	<input type="checkbox"/>	Management/Supervision	<input type="checkbox"/>	Non-Profits	<input type="checkbox"/>
Diversity/Equity/Inclusion	<input type="checkbox"/>			Other?	<input type="text"/>
Health Promotion	<input type="checkbox"/>	Policy Development/Review	<input type="checkbox"/>		

9. Do you hold a professional licensure, degree, or certification that would enhance/inform your board membership?

10. Which committees would you be interested in joining?

Finance Quality Bylaws Nominating

11. Please list any skills that you want to develop;

12. Do you actively participate in any other advocacy organizations?

Yes No

If you answered "Yes", please share their names.

13. Can you commit to attending at least one, two-hour (2 hr) meeting per month?

Yes No

14. Which race(s) AND ethnicity(ies) do you identify with?

15. What is your preferred language?

16. Do you have any dietary preferences or restrictions?

17. Do you need assistance with transportation to/from board related activities?

Yes No

Optional: Is there anything else that you want to tell us about yourself? Use a separate sheet of paper, if needed, to describe (familial and personal obligations, health conditions, etc.)

Signature By signing below, I certify that the information I have provided in this application is true to the best of my knowledge.

Signature: _____ Date: _____