

Solicitud de miembro del Comité Asesor de la Comunidad (CAC)

Envíe por correo, por fax o por correo electrónico su formulario completo a Partnership

Partnership HealthPlan of California
ATTN: Member Services – CAC Coordinator
2525 Airpark Dr, Redding, CA 96001
Correo electrónico: cac@partnershiphp.org
Envíe un fax a: (707) 863-4415

Sección 1. Información sobre el miembro

Nombre:			
Dirección postal:			
Ciudad de envío:		Código postal de correspondencia:	
Dirección del domicilio: ☐ Igual que la dirección postal			
Ciudad de origen:		Código postal del domicilio:	
Condado en el que vive el miembro:			
Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Dirección de correo electrónico:			
¿Cómo deberíamos comunicarnos con usted?:	☐ Teléfono de casa ☐ Teléfono celular ☐ Otro (sírvase indicar a continuación): ☐ Correo ☐ Correo electrónico		
Relación con el miembro de Partnership:	☐ Miembro (él mismo) ☐ Defensor/Padre/Tutor		

Solicitud de miembro del Comité Asesor de la Comunidad (CAC)

ID de miembro de Partnership Número:		
Marque la casilla con la que se identifica:	☐ Blanco ☐ Hispano/latino ☐ Negro/afroamericano ☐ Filipino	☐ Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico ☐ Asiático ☐ Nativo americano/nativo de Alaska ☐ Otro (<i>sírvase indicar a continuación</i>): _____
Marque la casilla con la que se identifica:	☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Mujer transgénero (De hombre a mujer) ☐ Hombre transgénero (De mujer a hombre) ☐ Género no binario	☐ Opto por no revelar ☐ Categoría de género adicional u otra opción (<i>especifique</i>): _____
Marque la casilla con la que se identifica:	☐ Él/su ☐ Ella/su ☐ Elle/su ☐ Ze/Zir ☐ Ze/Hir	☐ Ninguno ☐ Opto por no revelar ☐ Otro (<i>sírvase indicar a continuación</i>): _____
Marque la casilla con la que se identifica:	☐ Heterosexual ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Bisexual ☐ Pansexual	☐ No sé ☐ Opto por no revelar ☐ Otro (<i>sírvase indicar a continuación</i>): _____
Queremos que los miembros del CAC participen de las reuniones. ¿Cree que podrá hacer esto?	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro	

Solicitud de miembro del Comité Asesor de la Comunidad (CAC)

El CAC se reúne en persona cuatro veces al año. ¿Podrá asistir a todas las reuniones?	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro
---	--

Sección II: Experiencia de los miembros	
¿Es usted miembro de algún puesto, grupo o comité de servicio público? En caso afirmativo, enumere a continuación:	Fechas de servicio:
¿Por qué le gustaría unirse al CAC de Partnership? Mencione alguna habilidad, destreza o punto de vista que podría aportar al CAC.	
¿Algún otro comentario?	
Firma del miembro:	Fecha:

Nota: Partnership HealthPlan of California está comprometido con la equidad, la inclusión y la diversidad. Este formulario nos ayuda a avanzar hacia nuestro objetivo de asegurarnos de que el CAC refleje a los miembros a los que servimos.