

Aplikasyon bilang Miyembro ng Komite ng Pagpapayo sa Komunidad (Community Advisory Committee o CAC)

Ipadala sa koreo, i-fax, o i-email ang nakumpletong form na ito sa Partnership

Partnership HealthPlan of California
ATTN: Member Services – CAC Coordinator
2525 Airpark Dr, Redding, CA 96001
Email: cac@partnershiphp.org
I-fax sa: (707) 863-4415

Seksyon 1: Impormasyon ng Miyembro

Pangalan:			
Address sa pagpapadala ng sulat:			
Lungsod sa pagpapadala ng sulat:		ZIP code sa pagpapadala ng sulat:	
Address ng bahay: ☐ Kapareho ng address sa pagpapadala ng sulat			
Lungsod ng bahay:		ZIP code ng bahay:	
County kung saan nakatira ang miyembro:			
Telepono sa bahay:		Cell phone:	
Email address:			
Paano kami makikipag-ugnayan sa iyo:	☐ Telepono sa bahay ☐ Cell phone ☐ Iba pa (<i>pakisaad sa ibaba</i>): ☐ Koreo ☐ Email		
Ugnayan sa miyembro ng Partnership:	☐ Miyembro (Sarili) ☐ Tagapagtaguyod / Magulang / Tagapag-alaga		

Aplikasyon bilang Miyembro ng Komite ng Pagpapayo sa Komunidad (Community Advisory Committee o CAC)

Numero ng ID sa Partnership ng Miyembro:		
Lagyan ng check ang kahon na tumutukoy sa pagkakakilanlan mo:	☐ White ☐ Hispanic/Latino ☐ Black/African American ☐ Filipino	☐ Native Hawaiian/Iba pang Pacific Islander ☐ Asian ☐ American Indian/Alaska Native ☐ Iba pa (<i>pakisaad sa ibaba</i>): _____
Lagyan ng check ang kahon na tumutukoy sa pagkakakilanlan mo:	☐ Lalaki ☐ Babae ☐ Transgender na Babae (Lalaki na Naging Babae) ☐ Transgender na Lalaki (Babae na Naging Lalaki) ☐ Genderqueer	☐ Piniling hindi sabihin ☐ Karagdagang kategorya ng kasarian o iba pa (<i>pakitukoy</i>): _____
Lagyan ng check ang kahon na tumutukoy sa pagkakakilanlan mo:	☐ He/Him ☐ She/Her ☐ They/Them ☐ Ze/Zir ☐ Ze/Hir	☐ Wala ☐ Piniling hindi sabihin ☐ Iba pa (<i>pakisaad sa ibaba</i>): _____
Lagyan ng check ang kahon na tumutukoy sa pagkakakilanlan mo:	☐ Straight ☐ Gay ☐ Lesbian ☐ Bisexual ☐ Pansexual	☐ Hindi alam ☐ Piniling hindi sabihin ☐ Iba pa (<i>pakisaad sa ibaba</i>): _____
Nais naming sumali ang mga miyembro ng CAC sa mga pulong. Sa iyong palagay, magagawa mo ba ito?	☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi sigurado	
Nagpupulong nang harapan ang CAC nang apat na beses sa isang taon. Makakapunta ka ba sa lahat ng pulong?	☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi sigurado	

Aplikasyon bilang Miyembro ng Komite ng Pagpapayo sa Komunidad (Community Advisory Committee o CAC)

Seksyon II: Karanasan ng Miyembro			
Miyembro ka ba ng anumang posisyon, grupo, o komite sa pampublikong serbisyo? Kung oo, pakilista sa ibaba:		Petsa kung kailan nagserbisyo:	
Bakit gusto mong sumali sa CAC ng Partnership? Ilista ang anumang kasanayan, kakayahan, o pananaw na maaari mong ibigay sa CAC?			
May anumang iba pang komento?			
Lagda ng Miyembro:		Petsa:	

Tandaan: Nakatuon ang Partnership HealthPlan of California sa pagkakaiba-iba, pagkakapantay-pantay, at pagiging bukas (diversity, equity, and inclusion o DEI). Nakakatulong sa amin ang form na ito na makamit ang layunin namin sa pagtiyak na sumasalamain ang CAC sa mga miyembrong sineserbisyuhan namin.