

ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਐਡਵਾਈਜ਼ਰੀ ਕਮੇਟੀ

(Community Advisory Committee, CAC) ਮੈਂਬਰ ਅਰਜ਼ੀ

ਆਪਣਾ ਭਰਿਆ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ, ਫੈਕਸ ਕਰੋ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਕਰੋ

Partnership HealthPlan of California
ATTN: Member Services – CAC Coordinator
2525 Airpark Drive, Redding, CA 96001
ਈਮੇਲ: cac@partnershiphp.org
ਫੈਕਸ: (707) 863-4415

ਸੈਕਸ਼ਨ 1. ਮੈਂਬਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਨਾਮ:			
ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ:			
ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਸ਼ਹਿਰ:		ਡਾਕ ਭੇਜਣ ਦਾ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ:	
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ: ☐ ਡਾਕ ਪਤੇ ਦੇ ਸਮਾਨ			
ਘਰ ਦਾ ਸ਼ਹਿਰ:		ਘਰ ਦਾ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ:	
ਕਾਊਂਟੀ, ਜਿੱਥੇ ਮੈਂਬਰ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ:			
ਘਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ:		ਸੈੱਲ ਫ਼ੋਨ:	
ਈਮੇਲ ਪਤਾ:			
ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਸੰਪਰਕ ਕਰੀਏ:	☐ ਘਰ ਦਾ ਫ਼ੋਨ ☐ ਸੈੱਲ ਫ਼ੋਨ ☐ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੋ): ☐ ਡਾਕ ☐ ਈਮੇਲ: _____		
Partnership ਮੈਂਬਰ ਨਾਲ ਰਿਸ਼ਤਾ:	☐ ਮੈਂਬਰ (ਖੁਦ) ☐ ਵਕੀਲ / ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ / ਸਰਪ੍ਰਸਤ		
ਮੈਂਬਰ ਦਾ Partnership ID ਨੰਬਰ:			

ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਐਡਵਾਈਜ਼ਰੀ ਕਮੇਟੀ

(Community Advisory Committee, CAC) ਮੈਂਬਰ ਅਰਜ਼ੀ

ਉਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜਿਸ ਵਜੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪਛਾਣ ਕਰਦੇ ਹੋ:	☐ ਗੋਰਾ ☐ ਹਿਸਪੈਨਿਕ/ਲਾਤੀਨੀ ☐ ਕਾਲਾ/ਅਫ਼ਰੀਕੀ ਅਮਰੀਕੀ ☐ ਫਿਲੀਪੀਨੋ ☐ ਮੂਲ ਹਵਾਈ/ ਹੋਰ ਪ੍ਰਸ਼ਾਂਤ ਟਾਪੂ ਵਾਸੀ ☐ ਏਸ਼ੀਆਈ ☐ ਅਮਰੀਕੀ ਭਾਰਤੀ/ਅਲਾਸਕਾ ਮੂਲ ਵਾਸੀ ☐ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੋ): _____
ਉਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜਿਸ ਵਜੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪਛਾਣ ਕਰਦੇ ਹੋ:	☐ ਪੁਰਸ਼ ☐ ਔਰਤ ☐ ਟਰਾਂਸਜੈਂਡਰ ਔਰਤ (ਪੁਰਸ਼ ਤੋਂ ਔਰਤ) ☐ ਟਰਾਂਸਜੈਂਡਰ ਪੁਰਸ਼ (ਔਰਤ ਤੋਂ ਪੁਰਸ਼) ☐ ਜੈਂਡਰਕੁਈਅਰ ☐ ਦੱਸਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ☐ ਵਾਧੂ ਲਿੰਗ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਜਾਂ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦੱਸੋ): _____
ਉਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜਿਸ ਵਜੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪਛਾਣ ਕਰਦੇ ਹੋ:	☐ ਉਹ/ਉਹ (He/Him) ☐ ਉਹ/ਉਸਨੂੰ (She/Her) ☐ ਉਹ/ਉਹ (They/Them) ☐ Ze/Zir ☐ Ze/Hir ☐ ਕੋਈ ਨਹੀਂ ☐ ਦੱਸਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ☐ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੋ): _____
ਉਸ ਬਾਕਸ 'ਤੇ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਗਾਓ ਜਿਸ ਵਜੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪਛਾਣ ਕਰਦੇ ਹੋ:	☐ ਸਿੱਧਾ ☐ ਸਮਲਿੰਗੀ ☐ ਸਮਲਿੰਗੀ ਔਰਤ ☐ ਦੁਲਿੰਗੀ ☐ ਸਰਵ-ਲਿੰਗੀ ☐ ਨਹੀਂ ਪਤਾ ☐ ਦੱਸਣਾ ਨਹੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ☐ ਹੋਰ (ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦੱਸੋ): _____
ਅਸੀਂ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ CAC ਮੈਂਬਰ ਮੀਟਿੰਗਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ। ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਵੋਗੇ?	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਅਨਿਸ਼ਚਿਤ
CAC ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਚਾਰ ਵਾਰ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਿਲਦੀ ਹੈ। ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਸਾਰੀਆਂ ਮੀਟਿੰਗਾਂ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋਵੋਗੇ?	☐ ਹਾਂ ☐ ਨਹੀਂ ☐ ਅਨਿਸ਼ਚਿਤ

ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਐਡਵਾਈਜ਼ਰੀ ਕਮੇਟੀ

(Community Advisory Committee, CAC) ਮੈਂਬਰ ਅਰਜ਼ੀ

ਸੈਕਸ਼ਨ II: ਮੈਂਬਰ ਅਨੁਭਵ			
ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਜਨਤਕ ਸੇਵਾ ਅਹੁਦੇ, ਸਮੂਹ, ਜਾਂ ਕਮੇਟੀ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਹੋ? ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕਰੋ:			ਸੇਵਾ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ:
ਤੁਸੀਂ Partnership ਦੇ CAC ਵਿੱਚ ਕਿਉਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਾ ਚਾਹੋਗੇ? ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕੋਈ ਵੀ ਹੁਨਰ, ਯੋਗਤਾਵਾਂ, ਜਾਂ ਵਿਚਾਰ ਦੱਸੋ ਜੋ ਤੁਸੀਂ CAC ਵਿੱਚ ਲਿਆ ਸਕਦੇ ਹੋ?			
ਕੋਈ ਹੋਰ ਟਿੱਪਣੀਆਂ?			
ਮੈਂਬਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ:		ਮਿਤੀ:	

ਨੋਟ: Partnership HealthPlan of California ਵਿਭਿੰਨਤਾ, ਸਮਾਨਤਾ, ਅਤੇ ਸਮਾਵੇਸ਼ (Diversity, Equity, and Inclusion, DEI) ਲਈ ਵਚਨਬੱਧ ਹੈ। ਇਹ ਫਾਰਮ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਦੇ ਸਾਡੇ ਟੀਚੇ ਵੱਲ ਵਧਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ CAC ਸਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਸੇਵਾ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ।