

Консультативный совет потребителей (Consumer Advisory Committee, CAC) Заявка участника

Раздел 1. Информация об участнике

Имя и фамилия:			
Почтовый адрес:			
Город для доставки почтой:		Почтовый индекс:	
Домашний адрес: <input type="checkbox"/> Совпадает с почтовым			
Родной город:		Домашний почтовый	
Округ, в котором проживает участник:			
Домашний телефон:		Сотовый телефон:	
Электронная почта:			
Как с вами связаться:	<input type="checkbox"/> Домашний телефон: <input type="checkbox"/> Сотовый телефон <input type="checkbox"/> Почта <input type="checkbox"/> Эл. почта <input type="checkbox"/> Другое (<i>пожалуйста, укажите ниже</i>): _____		
Отношение к Partnership:	<input type="checkbox"/> Участник (сам) <input type="checkbox"/> Адвокат / Родитель / Опекун		
Поставьте отметку в подходящем вам поле:	<input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Предпочитаю не отвечать <input type="checkbox"/> Транс-женщина <input type="checkbox"/> Транс-мужчина		

Консультативный совет потребителей (Consumer Advisory Committee, SAC) Заявка участника

<p>Поставьте отметку в подходящем вам поле:</p>	<input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Испаноязычный/латиноамериканец <input type="checkbox"/> Чёрный <input type="checkbox"/> Коренной американец <input type="checkbox"/> Филиппинец <input type="checkbox"/> Азиат / уроженец тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Индеец <input type="checkbox"/> Вьетнамец <input type="checkbox"/> Другое (<i>пожалуйста, укажите ниже</i>): <hr style="width: 20%; margin-left: 0;"/>
--	---

<p>Мы хотим, чтобы члены SAC принимали активное участие в заседаниях. Вы полагаете, что справитесь с этим?</p>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не уверен
<p>Очные заседания SAC проводятся 4 раза в год. Сможете ли вы присутствовать на всех встречах?</p>	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не уверен

Раздел II. Опыт участника

Вы в настоящее время занимаете какую-либо должность в государственном учреждении, являетесь членом группы или комитета? Если да, пожалуйста, перечислите ниже:	Даты предоставления услуг:

<p>Почему вы хотели бы стать членом SAC Partnership? Перечислите все навыки, способности или взгляды, которые вы могли бы привнести в SAC?</p>

Консультативный совет потребителей (Consumer Advisory Committee, SAC) Заявка участника

У вас есть еще комментарии?

Подпись участника плана:

Дата:

Примечание. Partnership HealthPlan of California стремится к равенству, инклюзивности и разнообразию. Эта форма помогает нам двигаться к нашей цели — гарантировать, что SAC представляет участников, которых мы обслуживаем.