

Comité Asesor del Consumidor (CAC)

Solicitud de miembro

Sección 1. Información sobre el miembro

Nombre:			
Dirección postal:			
Ciudad de envío:		Código postal de envío:	
Domicilio: <input type="checkbox"/> Igual que la dirección postal			
Ciudad de origen:		Código postal de la casa:	
Condado en el que vive el miembro:			
Teléfono de casa:		Teléfono celular:	
Dirección de correo electrónico:			
¿Cómo deberíamos comunicarnos con usted?:	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Otro (<i>sírvase indicar a continuación</i>): _____ <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico		
Relación con el miembro de Partnership:	<input type="checkbox"/> Miembro (él mismo) <input type="checkbox"/> Defensor/Padre/Tutor		
Marque la casilla con la que se identifica:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer trans <input type="checkbox"/> Hombre trans <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		

Comité Asesor del Consumidor (CAC) Solicitud de miembro

Marque la casilla con la que se identifica:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio asiático
	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Vietnamita
	<input type="checkbox"/> Nativo americano	<input type="checkbox"/> Otro (<i>sírvase indicar a continuación</i>):
	<input type="checkbox"/> Filipino	_____
Queremos que los miembros del CAC den su opinión durante las reuniones. ¿Cree que será capaz de hacer esto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a	
El CAC se reúne en persona 4 veces al año. ¿Podrá asistir a todas las reuniones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a	
Sección II: Experiencia de los miembros		
¿Es usted actualmente miembro de algún puesto, grupo o comité de servicio público? En caso afirmativo, enumere a continuación: <i>*Nota: Esto incluye otros comités de Partnership.</i>	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.		



Comité Asesor del Consumidor (CAC) Solicitud de miembro

¿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.