

# Заявка на членство в Консультативном комитете сообщества участников (CAC)

Оправьте заполненную форму по почте или факсу по адресу:

Partnership Health Plan of California  
ATTN: Member Services – CAC Coordinator  
2525 Airpark Drive, Redding, CA 96001  
Эл. почта: [cac@partnershiphp.org](mailto:cac@partnershiphp.org)  
Факс: (707) 863-4415

## Раздел 1. Информация об участнике

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                             |                  |  |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|
| Имя и фамилия:                                                   |                                                                                                                                                                                                                                             |                  |  |
| Почтовый адрес:                                                  |                                                                                                                                                                                                                                             |                  |  |
| Город для доставки почтой:                                       |                                                                                                                                                                                                                                             | Почтовый индекс: |  |
| Домашний адрес:<br><input type="checkbox"/> Совпадает с почтовым |                                                                                                                                                                                                                                             |                  |  |
| Город проживания:                                                |                                                                                                                                                                                                                                             | Домашний индекс: |  |
| Округ, в котором проживает участник:                             |                                                                                                                                                                                                                                             |                  |  |
| Домашний телефон:                                                |                                                                                                                                                                                                                                             | Сотовый телефон: |  |
| Электронная почта:                                               |                                                                                                                                                                                                                                             |                  |  |
| Как с вами связаться:                                            | <input type="checkbox"/> По домашнему телефону <input type="checkbox"/> По сотовому телефону <input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста, укажите ниже):<br><input type="checkbox"/> По почте <input type="checkbox"/> По электронной почте |                  |  |
| Кем вы приходитесь участнику программы Partnership?              | <input type="checkbox"/> Участник (сам) <input type="checkbox"/> Адвокат / Родитель / Опекун                                                                                                                                                |                  |  |

# Заявка на членство в Консультативном комитете сообщества участников (САС)

|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Идентификационный номер участника Partnership:</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Поставьте галочку в поле, которое вас характеризует:</b> | <input type="checkbox"/> Белые<br><br><input type="checkbox"/> Испаноязычные/латиноамериканцы<br><input type="checkbox"/> Черные/афроамериканцы<br><input type="checkbox"/> Филиппинцы                                                                            | <input type="checkbox"/> Коренные гавайцы/другие жители тихоокеанских островов<br><input type="checkbox"/> Азиаты<br><input type="checkbox"/> Американские индейцы/коренные жители Аляски<br><input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста, укажите ниже):<br>_____ |
| <b>Поставьте галочку в поле, которое вас характеризует:</b> | <input type="checkbox"/> Мужчина<br><input type="checkbox"/> Женщина<br><input type="checkbox"/> Трансгендерная женщина (Мужчина - женщина)<br><input type="checkbox"/> Трансгендерный мужчина (Женщина - мужчина)<br><input type="checkbox"/> Небинарная персона | <input type="checkbox"/> Не раскрывать информацию<br><input type="checkbox"/> Дополнительная гендерная категория или другое (укажите):<br>_____                                                                                                                   |
| <b>Поставьте галочку в поле, которое вас характеризует:</b> | <input type="checkbox"/> Он<br><input type="checkbox"/> Она<br><input type="checkbox"/> Они<br><input type="checkbox"/> Ze/Zir<br><input type="checkbox"/> Ze/Hir                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Ничего из этого<br><input type="checkbox"/> Не раскрывать информацию<br><input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста, укажите ниже):<br>_____                                                                                             |
| <b>Поставьте галочку в поле, которое вас характеризует:</b> | <input type="checkbox"/> Гетеросексуал<br><input type="checkbox"/> Гомосексуальный мужчина<br><input type="checkbox"/> Гомосексуальная женщина<br><input type="checkbox"/> Бисексуал<br><input type="checkbox"/> Пансексуал                                       | <input type="checkbox"/> Я не знаю<br><input type="checkbox"/> Не раскрывать информацию<br><input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста, укажите ниже):<br>_____                                                                                                   |

# Заявка на членство в Консультативном комитете сообщества участников (САС)

|                                                                                                  |                             |                              |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Мы хотим, чтобы участники САС принимали активное участие в заседаниях. Сможете ли вы это делать? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Не знаю |
| Очные заседания САС проводятся четыре раза в год. Сможете ли вы присутствовать на всех встречах? | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Не знаю |

| Раздел II. Опыт участника                                                                                                                    |  |                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|
| Занимаете ли вы в настоящее время какую-либо должность в государственном учреждении, общественной группе или комитете?                       |  | Даты нахождения в должности: |  |
| Если да, пожалуйста, перечислите ниже:                                                                                                       |  |                              |  |
|                                                                                                                                              |  |                              |  |
|                                                                                                                                              |  |                              |  |
| Почему вы хотели бы стать членом САС Partnership? Пожалуйста, перечислите все навыки, умения и взгляды, которые вы могли бы привнести в САС? |  |                              |  |
|                                                                                                                                              |  |                              |  |
| 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 САС представляет участников, которых мы обслуживаем.*