

Comité de Asesoría de la Comunidad de Fourth Plain Coalition

Aplicación para membresía del Comité de Asesoría Comunitaria
Vence el 29 de agosto de 2019 a las 5 pm

Información del solicitante

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle *N° de departamento o unidad*

Ciudad *Estado* *Código postal*

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

La coalición de Fourth Plain está comprometida en asegurar que el Comité de Asesoría de la Comunidad personifique los valores de diversidad e inclusión para asegurarse de que el comité sea representativo de los vecindarios que sirve. La información a continuación es voluntaria y va a asistirnos en asegurar a que la comunidad de Fourth Plain realmente esté representada en el comité.

Por favor indique cómo usted se identifica utilizando las categorías a continuación (opcional).

- Asiático:
- Afroamericano:
- Chuukese:
- Latinx o Hispano:
- Indígena americano o nativo de Alaska:
- Nativo de las islas del Pacífico (no Chuukese):
- Blanco:
- Blanco y descendiente del este de Europa (Ucraniano, Ruso, Georgiano, etc. (:

Otro: _____

Dos o más razas: _____

- Edad: menor de 18 años
- 19-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- Mayores de 60 años

Otras identidades que usted quiera asegurar que estén representadas como parte del comité asesor de la comunidad (ej: LGBTQ+, estatus de discapacidad, dependencia en transporte público, bajo ingreso, etc): _____

Experiencia e intereses

¿Por qué está usted interesado en ser parte del Comité de Asesoría de la Comunidad de Fourth Plain Coalition?:	
Por favor describa los aspectos de su vecindario que son de su primordial interés para su participación y trabajo en éste comité:	
Por favor mencione cualquier tipo de capacitación, experiencia (profesional o no profesional) o cualificaciones relacionadas a la posición en el directorio del Comité de Asesoría de la comunidad:	

Acomodaciones requeridas para las reuniones

¿Requiere usted cuidado de niños para poder asistir a las reuniones del Comité de Asesoría de la Comunidad?: SI NO

Si respondió que sí, por favor indique las edades de su(s) niño(s): _____

¿Requiere usted materiales para la reunión en otro idioma que no sea inglés?: SI NO

¿Requiere usted un traductor presente para las reuniones del comité de asesoría?: SI NO

Si respondió que sí, por favor indique su idioma de preferencia: _____

Por favor indique algún otro pedido de acomodación: _____

Acuerdo

Yo certifico que mis respuestas son completas y correctas según mi conocimiento.

Al firmar debajo, usted indica que ha leído los Estatutos del Comité de Asesoría de la Comunidad y acuerda a obedecer las responsabilidades descritas en los mismos.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva las aplicaciones completas antes del 29 de agosto de 2019 a las 5 pm

Por correo electrónico:

Lauren Henricksen
lauren.henricksen@clark.wa.gov

O por correo postal o en persona a:

Clark County Public Health
 Healthy Communities
 Attn: Lauren Henricksen
 1601 E Fourth Plain Blvd, Bldg 17
 Vancouver, WA 98661