



Consejo de VIH/SIDA “Care” de Marin Formulario de Postulación de Membresía

El Consejo de VIH/SIDA “Care” de Marin se compromete a reclutar miembros para el Consejo de VIH/SIDA que reflejen la comunidad de personas con VIH/SIDA a las que sirve, particularmente a los consumidores de servicios Parte “A” y Parte “B” que reciben fondos de Ryan White. El consejo busca como nuevos miembros a personas viviendo con VIH o SIDA, y en particular, a mujeres, gente de diferentes razas, jóvenes, y personas de edad avanzada.

Las principales responsabilidades de los miembros del Consejo incluyen: establecer métodos para la obtención de información acerca de las necesidades y prioridades en la comunidad; desarrollar un plan comprehensivo sobre servicios de salud relacionados con el SIDA; determinar las prioridades en las categorías de los servicios; y hacer recomendaciones acerca de la asignación de fondos basadas en las prioridades previamente identificadas por los fondos de Parte “A”, recibidos a través del Area Metropolitana Elegible (AME) de San Francisco. El Consejo de VIH/SIDA “Care” de Marin trabaja en colaboración con el Consejo de Planificación de Salud VIH de San Francisco y todas las decisiones de prioridades/asignación son finalizadas por el Consejo de Planificación de Salud VIH de San Francisco.

Los miembros de Consejo deberán participar de una orientación del Consejo, y también de una reunión del Consejo por mes (o de más de una reunión si fuera necesario) para alcanzar los objetivos del Consejo. Para poder facilitar la participación de personas que viven con VIH/SIDA, los requisitos de participación para ellos/ellas serán flexibles. Además, se espera que los miembros del Consejo participen por lo menos una vez al año en una reunión del Consejo de Planificación de Salud VIH de San Francisco, el cual también incluye a los condados de Marín y de San Mateo.

Los individuos que estén interesados en ser considerado como miembros del Consejo deberán completar el formulario adjunto, y enviarlo por correo o por FAX a:

*HIV/AIDS Care Council
Community Health & Prevention Services
899 Northgate Drive, Suite 415
San Rafael, CA 94903
FAX: (415) 473-6266*

Todos los formularios estarán presentados al comité de membresía del Consejo para consideración. Para más información, contacta: (415) 473-7590.

Información Demográfica (marque las respuestas que mejor lo/la representan):

Edad: _____ Prefiero no decir

Género: Masculino Femenino Transgénero

*VIH status: VIH+ VIH - No sé Prefiero no decir

Orientación Sexual: Gay Lesbiana Bisexual
 Heterosexual Prefiero no decir

Raza/Grupo étnico: Negro/ Africano-Americano
 Asiático
 Blanco/ Caucásico
 Isleño del Pacífico/ Nativo de Hawaii
 Latino/a
 Nativo Americano/ Nativo de Alaska
 Mezclado - especificar: _____
 Otro _____

**Por favor, note que esta información no es un requisito*

Estado de consumidor:

<input type="checkbox"/>	Consumidor actual de servicios con fondos de Ryan White (dentro del último año)
<input type="checkbox"/>	Consumidor en el pasado de servicios con fondos Ryan White
<input type="checkbox"/>	Consumidor de servicios relacionados con VIH/SIDA; no está seguro si los servicios son con fondos de Ryan White
<input type="checkbox"/>	No consumidor/ no elegible para servicios

Por favor, responda las siguientes preguntas de la forma más completa posible:

1. *¿Por qué está interesado usted en hacerse un miembro de Consejo de VIH/SIDA "Care" de Marin?*

2. *¿Ha tenido alguna experiencia como consumidor, proveedor, o evaluador de servicios de VIH/SIDA? Si es así, por favor, describa.*

3. *¿Qué experiencia/conocimiento traería usted al Consejo?*

4. *¿Ha tenido usted alguna experiencia participando en un grupo de proceso de planificación? Si es así, por favor, describa.*

5. *¿Cómo oyó usted sobre el Consejo “Care”? ¿Si alguien le mandara, podemos ponernos en contacto con la persona (s) sobre su aplicación al Consejo “Care?” Si es así, por favor proporcione la información abajo:*

Nombre:

Título:

Agencia:

Teléfono

Email:

Nombre:

Título

Agencia:

Teléfono:

Email:

6. *Por favor, haga una lista de todas las actividades en cuales usted ha participado en relación a la provisión de servicios/organizaciones conectadas al VIH/SIDA; por ejemplo, miembro del directorio, trabajo de consultoría, personal empleado, miembro de Consejo, o trabajo voluntario.*

7. *¿Hay algo más que le gustaría que nosotros saber sobre usted o su experiencia?*

Firma

Al firmar este formulario de aplicación, yo certifico que toda la información contenida aquí es verdadera y exacta por lo que yo sé y entiendo.

Fecha _____

Firma: _____
Firma Requerida

Por favor, enviar por FAX o por correo (ver la información en la página 1)

Otros materiales adicionales, incluyendo su Currículum Vitae (résumé), también pueden adjuntarse para nuestra consideración. Gracias.