



Comisión de Atención Administrada de Medi-Cal del Condado de Ventura
que actúa bajo el nombre comercial de Gold Coast Health Plan
FORMULARIO DE SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO AL COMITÉ

Nombre del Solicitante: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono en Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Empleador Actual: _____

Dirección del Trabajo: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Extensión: _____

Nombre del Comité al que usted presenta la solicitud: **Comité Asesor Comunitario de GCHP**

EXPERIENCIA: ¿Qué experiencia, capacitación, educación o intereses le hacen especialmente calificado para ser nombrado para el Comité? (Por favor, use una hoja adicional de papel si es necesario y adjunte a esta solicitud.)

SERVICIO PÚBLICO: Enumere los nombramientos de servicio público pasados o presentes, cargos electos ocupados (favor enumere las fechas en las que sirvió):

AGENCIAS DE SERVICIO PÚBLICO: Enumere cualquier afiliación que usted tenga con agencias de servicio público en el Condado de Ventura:

AFILIACIONES: Enumere las afiliaciones pasadas o presentes con planes de salud privados y / o públicos:

ORGANIZACIONES: Enumere las organizaciones comunitarias a las que pertenece actualmente:

COMITÉS O JUNTAS: Enumere cualquier comité o junta en los que esté sirviendo actualmente:

CONDENAS Y MULTAS: ¿Ha sido condenado alguna vez por un delito mayor? Si la respuesta es sí, dé la(s) fecha(s), ubicación(es) y multa(s).



PREGUNTAS:

1. ¿Por qué quiere servir en el Comité Asesor Comunitario (CAC, por sus siglas en inglés)?

2. ¿Qué fortalezas, destrezas, conocimiento y perspectiva aportaría usted al CAC?

3. Describa cómo está actualmente trabajando/comprometido con nuestros miembros.

REFERENCIAS: Proporcione un mínimo de tres referencias y sus datos de contacto::

1. Nombre: _____

Afiliación: _____

Número de Teléfono de Contacto: _____

2. Nombre: _____

Afiliación: _____

Número de Teléfono de Contacto: _____

3. Nombre: _____

Afiliación: _____

Número de Teléfono de Contacto: _____

Se le invita a incluir una copia de su currículum o cualquier información suplementaria que considere que puede ayudar a evaluar su solicitud.

(Firma – debe firmarse con tinta azul)

(Fecha)

COMPLETE EL FORMULARIO Y DEVUELVA A:

Comisión de Atención Administrada de Medi-Cal del Condado de
Ventura que actúa bajo el nombre comercial de Gold Coast Health Plan
711 E. Daily Drive, Suite #106
Camarillo, CA 93010-6082

Secretario de la Junta: mgutierrez@goldchp.org
1-805-437-5512

Declaración de No Discriminación y Asistencia Lingüística

Gold Coast Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Gold Coast Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Gold Coast Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347)。