

## FORMULARIO DE SOLICITUD DEL COMITÉ ASESOR DE CALIFORNIA ADVANCING AND INNOVATION MEDI-CAL (CALAIM)

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: \_\_\_\_\_

- Por favor marque aquí para verificar que usted no es un proveedor de Administración del cuidado de salud mejorada (ECM, por sus siglas en inglés) / Community Supports (CS) y/o no pretende convertirse en uno (esto incluye a aquellas personas que trabajan para un proveedor de ECM/CS).

**EXPERIENCIA:** ¿Qué experiencia, capacitación, educación o intereses le hacen especialmente cualificado 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, ocargos 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 desea servir en el Comité asesor de CalAIM?

2. ¿Qué fortalezas, destrezas, conocimiento y perspectiva le gustaría aportar al Comité asesor de CalAIM?

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 firmar con tinta azul).**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**COMPLETE EL FORMULARIO Y DEVUÉLVALO A:**

Ventura County Medi-Cal Managed Care Commission  
haciendo negocios como Gold Coast Health Plan  
Atención: Maddie Gutierrez, Secretaria de la Junta  
711 E. Daily Drive, Suite #106  
Camarillo, CA 93010-6082

O envíelo por correo electrónico a:  
mgutierrez@goldchp.org

Si tiene alguna pregunta, llame al 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)。