

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
 Факс: (707) 863-4415

Раздел 1. Информация об участнике

Имя и фамилия:			
Почтовый адрес:			
Город для доставки почтой:		Почтовый индекс:	
Домашний адрес: <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 почте	<input type="checkbox"/> По сотовому телефону <input type="checkbox"/> По электронной почте	<input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста, укажите ниже): _____
Кем вы приходитеесь участнику программы Partnership?	<input type="checkbox"/> Участник (сам) <input type="checkbox"/> Адвокат / Родитель / Опекун		

Заявка на членство в Консультативном комитете сообщества участников (САС)

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

Заявка на членство в Консультативном комитете сообщества участников (САС)

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

<h2 style="text-align: center;">Раздел II. Опыт участника</h2>	
<p>Занимаете ли вы в настоящее время какую-либо должность в государственном учреждении, общественной группе или комитете? Если да, пожалуйста, перечислите ниже:</p>	<p>Даты нахождения в должности:</p>
<p>Почему вы хотели бы стать членом САС Partnership? Пожалуйста, перечислите все навыки, умения и взгляды, которые вы могли бы привнести в САС?</p>	
<p>У вас есть еще комментарии?</p>	
<p>Подпись участника плана:</p>	<p>Дата:</p>

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.