

Solicitud para el Consejo Asesor Comunitario

Llene todos los campos a continuación según se indica.

¿Le gustaría marcar una diferencia en su propia atención a la salud? ¿Es una persona inscrita en el Plan de Salud de Oregón (OHP)? ¿Es un cuidador o una cuidadora de una persona afiliada al OHP? La organización de atención coordinada Columbia Pacific tiene Consejos Asesores Comunitarios (CAC, por sus siglas en inglés) en cada condado. Los CAC nos ayudan a cumplir mejor con las necesidades de las personas afiliadas al OHP y de la comunidad entera en distintas formas:

- Cumple con las necesidades de atención a la salud de las personas afiliadas al OHP y las de la comunidad
- Busca y promueve servicios de atención preventiva
- Completa la evaluación de la salud comunitaria
- Desarrolla un gran Plan de mejoramiento de la salud comunitaria (CHIP, por sus siglas en inglés)
- Evalúa los servicios provistos por el OHP y Columbia Pacific CCO
- Se comunica eficientemente con las personas afiliadas al OHP y demás personas

Nombre: _____

Pronombres (ella, él, ellos, ellas, etc.): _____

Teléfono: _____ Mejor momento para llamar: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Marque todas las respuestas que correspondan:

- Estoy inscrito(a) en el Plan de Salud de Oregón (OHP, por sus siglas en inglés).
- Soy el padre, la madre, la persona encargada, el cuidador o la cuidadora de una persona inscrita en el OHP.
- Trabajo estrechamente con personas inscritas en el OHP.
- Soy un(a) trabajador(a) de salud social, administrador(a) de casos o alguien que aboga por las personas afiliadas al OHP.
- Vivo en el condado de Clatsop, Columbia o Tillamook.

¿En qué condado? _____

¿Qué tipo de membresía le gustaría? Ofrecemos opciones flexibles para que pueda participar en la manera que se adapte mejor a usted.

- Membresía mensual/trimestral:** Una persona miembro con derecho al voto que asiste a las asambleas mensuales o, al menos, cuatro veces al año.
- Membresía a corto plazo:** Una persona miembro sin derecho al voto que forma parte de un proyecto comunitario en específico con el CAC.
- No lo tengo claro y me gustaría hablar al respecto.

¿Qué apoyo le podemos ofrecer para unirse a nuestras asambleas? (Por ejemplo: ayuda con la tecnología, la movilidad, los servicios de interpretación y traducción y más):

Opcional: Una gran variedad de personas participa en nuestros CAC. Su voz y su conocimiento son valiosos e importantes para mejorar la salud de la comunidad. ¿Puede comentarnos un poco más acerca de sus experiencias vividas? Quizás tenga un tipo de sabiduría especial y experiencias relacionadas con temas como:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diversidad o discapacidad funcional | <input type="checkbox"/> Dificultad para acceder a otros idiomas |
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Trastorno o recuperación por consumo de sustancias |
| <input type="checkbox"/> LGBTQIA+ | <input type="checkbox"/> Encarcelación |
| <input type="checkbox"/> Membresía tribal | <input type="checkbox"/> Sistema de familias de acogida |
| <input type="checkbox"/> Sinhogarismo | <input type="checkbox"/> Pobreza |
| <input type="checkbox"/> Superviviente de violencia sexual o por parte de una pareja íntima | <input type="checkbox"/> Necesidades de servicios de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Ser una persona inmigrante o refugiada | |
| <input type="checkbox"/> Ser una persona de color (también biracial) | |

O cualquier experiencia que quiera compartir aquí o con el CAC:

¿Cuál fue su inspiración para querer solicitar participar en el CAC? ¿Qué espera obtener y qué le gustaría ofrecer? ¿Le gustaría recibir capacitación u otro tipo de apoyo para ser una persona miembro del CAC eficaz?

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe este formulario a:

Columbia Pacific CCO Advisory Council Coordinator
315 SW Fifth Ave
Portland OR 97204

o a cacordinator@colpachealth.org

Puede recibir esta solicitud en otros idiomas, letra grande, braille o en el formato que prefiera. También puede solicitar servicios de interpretación. Esta ayuda es gratuita. Llame al 503-488-2822, 855-722-8206 o TTY 711. Aceptamos llamadas de retransmisión.

OHP-CPC-22-3233