



## **Consejo Asesor Comunitario Solicitud de Membresía**

El Consejo Asesor Comunitario (CAC) es un comité del Consejo de Salud de Willamette (WHC). El Consejo de Salud de Willamette es el órgano que regula la Organización de Atención Coordinada (CCO) de PacificSource Marion-Polk. La CCO coordina los beneficios de Medicaid del Plan de Salud de Oregon (OHP). El CAC ayuda a la CCO a responder a las necesidades de los miembros del Plan de Salud de Oregon en los condados de Marion y Polk.

### **¿Por qué me interesaría formar parte del CAC?**

Mediante su participación en el CAC, usted ayudaría a mejorar su comunidad compartiendo sus puntos de vista y asesorando al Consejo de Salud de Willamette. Usted tendría la oportunidad de proponer soluciones en apoyo de la salud y el bienestar en la región. También podría aprender y crecer como un líder de su comunidad.

### **¿Qué haría yo como miembro del CAC?**

- Aprender sobre los beneficios de salud que provee el Plan de Salud de Oregon.
- Compartir sus experiencias respecto a la obtención de los cuidados de salud.
- Proponer maneras para mejorar los servicios del cuidado de la salud en los condados de Marion y Polk.
- Supervisar los procesos del Plan de Mejoramiento de la Salud Comunitaria y la Evaluación de Salud Comunitaria.
- Orientar y asesorar al Consejo de Salud de Willamette respecto a las inversiones en programas y servicios que mejoren la salud y el bienestar.

### **¿Cuánto tiempo tomaría?**

- Los miembros del CAC asisten a una (1) reunión al mes cuya duración aproximada es de dos (2) horas.
- Los miembros del CAC también pueden servir en la Junta del Consejo de Salud de Willamette, el Panel de Asesoría Clínica u otro sub-comité, lo que requeriría tiempo y esfuerzo adicional.

### **¿Qué tipo de apoyo se ofrece a los miembros del CAC?**

- Consideramos que su tiempo es valioso. Le ofrecemos un estipendio por cada reunión del CAC de 2 horas a la que usted asista.
- Si usted necesita ayuda con el transporte, podemos ayudarle a coordinar el servicio de transporte.
- También podemos proporcionarle un intérprete de idiomas.

### **¿Cómo me incorporo al CAC?**

Por favor llene la solicitud adjunta a esta página. Un comité evaluará su solicitud y posiblemente se pondrá en contacto con usted para obtener más información sobre su interés en pertenecer al CAC. Si usted necesita ayuda para llenar este formulario, por favor comuníquese con Andrea Dabler al teléfono 503-585-4935.



## Consejo Asesor Comunitario Solicitud de Membresía

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección de email: \_\_\_\_\_

Empleador (en caso de que aplique): \_\_\_\_\_

Puesto (en caso de que aplique): \_\_\_\_\_

Estatus del Plan de Salud de Oregon (OHP):  
(Marque todos los que apliquen)

- Soy miembro del OHP
- Mi hijo/dependiente es miembro del OHP
- Mi hijo/dependiente es miembro de Cover All Kids
- Tengo Medicaid (OHP) y Medicare (ambos)
- He sido miembro del OHP en el pasado
- Nunca he sido miembro del OHP

Indique la raza con la que usted se identifica:  
(Marque todos los que apliquen)

- Indio Americano  Nativo de Alaska
- Asiático  Isleño del Pacífico  Blanco
- Afroamericano  Hispano  Otro

Indique los grupos culturales, sociales y/o de salud que usted podría representar como miembro de este Consejo  
(Marque todos los que apliquen)

- Latino/Latina  Ruso  Americano  Medio este  Micronesio/ Isleño del Pacífico
- Vietnamita  Chino  Otro país de Asia  Otro \_\_\_\_\_
- Capacidad diferente / Discapacitado  LGBTQ  Historial de indigencia/falta de vivienda
- Enfermedad mental severa y persistente  Enfermedad crónica  Cuidador de personas
- Otro \_\_\_\_\_

Los miembros del Consejo Asesor Comunitario asisten a reuniones mensuales. Por favor indique la hora del día en la cual usted normalmente pudiera reunirse entre semana (lunes a viernes):

- Temprano en la mañana (antes de las 9:00 AM)  Por la tarde (1:00PM-5:00PM)
- Por la mañana (8:00AM - 11:00AM)  Hora del almuerzo (Mediodía-1:00PM)

Por favor indique los apoyos que usted necesitaría para participar plenamente en las reuniones del Consejo Asesor Comunitario:

- Ayuda con el transporte  Accesibilidad (ADA)
- Intérpretes de idiomas  Alergias a los alimentos: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_



¿Está usted interesado en obtener más información sobre las oportunidades para servir en la Junta del Consejo de Salud de Willamette o en el Panel de Asesoría Clínica?

Sí             No

Por favor anote los datos de dos o tres personas que nos puedan decir lo que usted podría contribuir como miembro del Consejo Asesor Comunitario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Por favor envíe su solicitud mediante alguna de las siguientes maneras:**

Por email:    [info@willamettehealthcouncil.org](mailto:info@willamettehealthcouncil.org)

Por correo:    Willamette Health Council  
                  c/o WFMC Health  
                  435 Lancaster Drive NE  
                  Salem, OR 97301