



Consejo de Planeación de la Ryan White

Condados de New Haven & Fairfield

Estimado Candidato Al Consejo de Planeación:

Muchas gracias por presentar su solicitud para ser Miembro del Consejo de Planeación Ryan White de los Condados de New Haven y Fairfield. Si su nominación es aprobada, usted se unirá a un grupo de más o menos unos 45 Miembros del Consejo de Planeación que son responsables de decidir la manera en que se han de usar los fondos federales en servicios de cuidados de emergencia para personas que viven con el VIH/ SIDA.

Como primer paso del proceso de nominación, por favor complete este formulario anónimo de nominación. Antes de empezar a llenar el formulario de nominación, por favor revíselo para asegurarse de que usted puede comprometer **ocho (8) horas de su tiempo cada mes** para prepararse, para viajar y para asistir a las reuniones. Se requiere que los Miembros del Consejo:

- Asistan a una reunión del Consejo de Planeación cada mes. Las reuniones tienen una duración de dos horas, y generalmente el horario es de las 12:00 pm a las 2:00 pm. Los lugares de reunión rotan entre los condados de New Haven y Fairfield. El almuerzo se sirve antes de la reunión del Consejo y el reembolso de transporte está disponible para los Miembros que viven con el VIH/SIDA.
- Asistan a una reunión del Comité por mes. Las reuniones tienen una duración de dos horas, y generalmente el horario es de las 12:00 pm. a las 2:00 pm. Los lugares de reunión rotan entre Bridgeport y New Haven. El Almuerzo y/o refrescos se sirven en las reuniones del Comité y el reembolso por gastos de transporte está disponible para los Miembros del Consejo que viven con el VIH/SIDA.
- No falten a más de cuatro reuniones de Planeación del Consejo o cuatro reuniones primarias del comité.

Si usted necesita ayuda para llenar el formulario de nominación o si tiene alguna pregunta respecto a lo que significa el ser un Miembro del Consejo, por favor póngase en contacto con Jeff Daniel del Collaborative Research (887-336-5503 o a jeffscraustin@hotmail.com).

Por favor envíe su nominación una vez que la llene a:

Dirección

Ryan White Planning Council Support Office
54 Meadow Street, 9th Floor
New Haven, CT 06519

Número de Fax

203-946-5953

El formulario **CONFIDENCIAL** de nominación será revisado por el Comité de Membrecía y discutido por el Consejo de Planeación durante una Sesión Ejecutiva. El Comité de Membrecía revisa los formularios de nominación cada mes. Mientras su aplicación cursa el proceso, nuestro personal administrativo lo contactará para explicarle el estado en que está su aplicación en el proceso de nominación.

Si usted decide no llenar el formulario de nominación, por favor siéntase libre de asistir a las reuniones del Consejo de Planeación y del Comité, y a ¡hacer oír su voz!

Una vez más gracias por su interés en llegar a ser un Miembro del Consejo de Planeación.



Consejo de Planeación de la Ryan White

Condados de New Haven & Fairfield

PARTE A: BIOGRAFÍA E INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

A1. Información Básica, POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA IMPRENTA

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal : _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Me gustaría que toda la correspondencia del Consejo de Planeación fuera enviada a la dirección provista arriba.

A2. Trabajo/Información de la Persona Voluntaria POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Me gustaría que toda la correspondencia del Consejo de Planeación fuera enviada a la dirección provista arriba.

A3. FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / 19____

A4. Etnia

- Hispana
- No-Hispana

A5. Raza

- Blanca
- Negra o Afro-americana
- Asiática
- Indígena Americana o Nativa de Alaska
- Nativa de Hawái o Nativa de las Islas del Pacifico
- Otra (*Por favor identifique la raza*): _____

A6. Género

- Masculino
- Femenino
- Transgénero



Consejo de Planeación de la Ryan White

Condados de New Haven & Fairfield

PARTE B: ASISTENCIA

B1. ¿Podrá usted asistir a dos reuniones mensuales (la una del Consejo y la otra del Comité) que rota entre los condados de New Haven y Fairfield de las 12:00 pm a las 2:00 pm?

- Sí
- No
 - Problema de Transporte
 - Discrepa con el trabajo
 - Otro (*Por favor explique*): _____

PARTE C: INFORMACIÓN DEL ESTADO DEL VIH (*Esta información se mantendrá en confidencia*)

C1. Estado de VIH Positivo Negativo

C2. ¿Se le ha diagnosticado con SIDA? Sí No

C3. ¿Recibe actualmente atención relacionada con el VIH? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿En qué lugar recibe esta atención?

PARTE D: EMPLEO Y EXPERIENCIA EN VOLUNTARIADO

D1. ¿Dónde trabaja usted o dónde se voluntariza? _____

D2. ¿Cuál es su trabajo o cuáles son las responsabilidades de su voluntariado? _____

D3. ¿Por cuánto tiempo ha estado trabajado o se ha voluntariado en la organización que mencionó anteriormente?

- Menos de un año
- 2 - 4 años
- Más de 4 años

D4. ¿Es usted miembro de una Junta Directiva o alguna agencia que recibe fondos de la Ryan White Parte A?

- Sí No

Si su respuesta es sí, escriba el nombre de la agencia: _____



Consejo de Planeación de la Ryan White

Condados de New Haven & Fairfield

D5. Por favor seleccione las categorías con las cuales usted se identifica más, inclusive si usted no usa el mismo lenguaje cuando se describe a sí mismo. (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Una persona con VIH | <input type="checkbox"/> Un proveedor de atención médica |
| <input type="checkbox"/> Una persona con riesgo de Infección del VIH | <input type="checkbox"/> Un proveedor de atención para el abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Un hombre homosexual o bisexual | <input type="checkbox"/> Un representante de una agencia de educación local |
| <input type="checkbox"/> Una mujer lesbiana o bisexual | <input type="checkbox"/> Un representante de un departamento de salud local |
| <input type="checkbox"/> Una persona con adicciones actuales/previas | <input type="checkbox"/> Un representante comunitario de proveedores de servicios de prevención del VIH |
| <input type="checkbox"/> Una persona con hemofilia | <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique) |
| <input type="checkbox"/> Un miembro de familia/pareja de una persona con VIH. | _____ |
| <input type="checkbox"/> Un proveedor importante de servicios de prevención como educador y consejero para la comunidad | _____ |

D6. Por favor seleccione las categorías para las cuales usted está cualificado a representar. (Marque todas las que apliquen)

- Comunidades afectadas, que incluyen a individuos que sufren del VIH o SIDA y poblaciones que históricamente han sido consideradas como sub-poblaciones sin merecerlo.
- Proveedores de servicios de salud, incluyendo los Centros de Salud Cualificados a Nivel Federal
- Organizaciones comunitarias que están sirviendo a poblaciones afectadas/organizaciones de servicio para el SIDA.
- Proveedores de Servicios Sociales incluyendo servicios de vivienda y para personas desamparadas
- Proveedores de salud Mental
- Proveedores de servicios para abuso de sustancias
- Agencias locales de salud pública
- Agencias de planeación de hospitalización o agencias de planeación de cuidados de salud
- Líderes comunitarios no-elegidos
- Agencia Medicaid del Estado
- Agencia del estado que está administrando el Programa Parte B
- Las Actas CARE subvencionadas bajo la Parte C
- Las Actas CARE subvencionadas bajo la sección 2671 que provee servicios coordinados y acceso a estudios para mujeres, para infantes o para la juventud (incluyendo el Título IV); o representantes de organizaciones con una historia de servicio a los niños, a la juventud y a las familias que viven con el VIH y que están funcionando en el EMA.



PARTE F: COMITÉS EXISTENTES DEL CONSEJO DE PLANEACIÓN

La Membrecía del Consejo de Planeación requiere que se haya servido en por lo menos un Comité. Por favor revise la descripción de los Comités existentes enlistados abajo.

- ▶ **Comité de Planeación Estratégica y de Evaluación:** Desarrolla un plan estratégico que incluye los planos para a) las operaciones del consejo y b) entrega de cuidados de la salud y de servicios de apoyo. Para medir las necesidades de cuidado de la salud y las necesidades de servicios sociales que tienen las personas que viven con VIH/SIDA por la duración de la enfermedad y que incrementa la entrega de servicios de cuidado para el VIH. Las medidas se aplicarán de acuerdo a un horario establecido con herramientas de evaluación que producen una participación mayor de la población que es el objetivo del estudio y resultados estadísticamente significativos. El comité también es responsable de asegurarse de que a) los reglamentos estén actualizados y reflejen la misión del Consejo, b) las prioridades y la distribución de fondos sean establecidas anualmente de acuerdo con el Plan Integral Estratégico, y c) la interacción con el incremento de accionistas.
- ▶ **Comité de Mejoramiento de la Calidad:** Desarrolla un Plan Administrativo de Calidad para establecer las expectativas que el Consejo tiene para la salud y la entrega de servicios prestados a la gente que vive con el VIH/SIDA en nuestra EMA. Se asegura de que todas las agencias que reciben fondos de la Ryan White estén de acuerdo a los estándares establecidos por el Consejo para suplir las necesidades de las personas que viven con el VIH/Sida.
- ▶ **Comité Financiero/Membrecía:** Se asegura de que los contratos de los proveedores de la Oficina de la Ryan White sean procesados en una manera rápida y de que los pagos sean hechos a tiempo para asegurar un servicio continuo. Monitorea gastos por categoría de servicios. Asegura y mantiene una lista de los miembros potenciales del Consejo de Planeación tanto como se asegura de que la membrecía del Consejo refleje la epidemia en el Área Metropolitana Idónea y los mandatos legales. El Comité de Membrecía es el guardián de todos los miembros nuevos del Consejo de Planeación.

F1: Por favor indique cual es el Comité o Comités en el/los que está interesado en servir. Por favor note que: El Comité del Consejo de Planeación se reúne una vez al mes. Si usted no selecciona uno de los comités, será asignado a uno de ellos.

Plan Estratégico y Evaluación

Mejoramiento de la Calidad

Financiero/Membrecía



Consejo de Planeación de la Ryan White

Condados de New Haven & Fairfield

PARTE G: FIRMAS

G1. Información y firma de la persona que completa este formulario: POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE Y EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre:

Número de Teléfono:

Firma:

Fecha:

G2. Firma del candidato:

Yo entiendo que estoy siendo nominado a la membresía del Consejo de Planeación de la Ryan White. Yo puedo comprometer un **mínimo de ocho (8) horas por mes** para preparar, para viajar y para asistir a las reuniones del Consejo de Planeación y sus Comités. Entiendo que los lugares de reunión rotarán entre los Condados de New Haven y Fairfield y que **las reuniones normalmente empiezan a las 12:00 pm y terminan a las 2:00 pm**. Yo he completado la información en este formulario de una manera verás y de acuerdo a mi conocimiento.

Firma:

Fecha:

(El candidato puede añadir una declaración corta opcional a esta aplicación).

La información de la nominación puede ser revisada durante la “Sesión Ejecutiva” por los Miembros del Consejo en las reuniones del Comité o del Consejo.

El Consejo de Membrecía mantiene la información del estatus del VIH en una forma **CONFIDENCIAL**.