



## 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](mailto:jeffscraustin@hotmail.com)).

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

Dirección

Ryan White Planning Council Support Office  
54 Meadow Street, 9<sup>th</sup> 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.

## 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

## 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: \_\_\_\_\_

**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 ( <i>Por favor especifique</i> )  |
| <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.
- Subvencionados bajo otros programas Federales del VIH, incluyendo los Programas de Prevención del VIH.
- PLWH (Gente que vive con el VIH=siglas en inglés) previamente encarcelada o sus representantes



## PARTE F: COMITÉS EXISTENTES DEL CONSEJO DE PLANEACIÓN

**Para poder integrar el Consejo de Planeación hay que servir en por lo menos un Comité Existente.** Por favor revise las responsabilidades correspondientes a los Comités Existentes que se presentan a continuación.

### **Las responsabilidades del Comité de Planeación y Evaluación Estratégica son:**

1. Determinar anualmente las prioridades y la adjudicación de recursos de la EMA en colaboración con el Comité de Membresía/Finanzas y en conformidad con el Plan de Servicios de Salud Completo.
2. Elaborar un Plan de Servicios de Salud Completo que incluye programas para a) las operaciones del consejo y b) la entrega de servicios VIH/SIDA en la región correspondiente.
3. Hacer anualmente una evaluación de necesidades para determinar las necesidades médicas de los que viven con VIH/SIDA en la EMA
4. Revisar y actualizar los reglamentos todos los años.

### **Las responsabilidades del Comité de Mejoramiento de Calidad son:**

1. Elaborar un Plan para el Manejo de Calidad con el fin de plantear las expectativas del Consejo en cuanto a la entrega de servicios y atención médica a los que viven con VIH/SIDA en nuestra EMA.
2. Establecer y repasar las normas de la atención.

### **Las responsabilidades del Comité de Membresía/Finanzas son:**

1. Asegurar que los contratos de los proveedores de la Oficina Ryan White sean procesados rápidamente y que se efectúen los pagos de manera oportuna con el fin de garantizar la continuidad de los servicios.
2. Controlar los gastos según la categoría de servicio.
3. Crear y mantener una lista de posibles miembros del Consejo de Planeación, y comprobar que la membresía del Consejo represente un reflejo fiel de la epidemia en la EMA y de los mandatos legales.
4. Fomentar la membresía mediante las siguientes actividades: reclutar miembros nuevos, promover el trabajo en equipo, revisar la asistencia y enviar cartas de advertencia en caso necesario, ofrecer orientación, y designar mentores.
5. Participar en el proceso de la adjudicación de recursos.
6. Conciliar el aviso de la EMA en cuanto al otorgamiento de subsidios.

**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

Membresía/ Financiero

## 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.**

