



## Consejo de Planificación Ryan White

Condados de New Haven y Fairfield

### Estimado Participante del Consejo de Planificación:

Muchas gracias por haber presentado su solicitud para convertirse en Miembro del Consejo de Planificación Ryan White en los Condados de New Haven y Fairfield. Si se aprueba su solicitud, usted se unirá a un total de hasta 45 Miembros del Consejo de Planificación, responsables de decidir cómo se distribuirán los fondos federales para los servicios de cuidado de emergencia para las personas que padecen VIH/SIDA.

Como primer paso del proceso **CONFIDENCIAL** para participar, por favor, complete el formulario con la solicitud. Antes de comenzar a completar la solicitud, asegúrese de poder dedicar **ocho (8) horas de su tiempo todos los meses** para preparar, viajar y asistir a reuniones. Se requiere que los Miembros del Consejo:

- Asistan a una reunión del Consejo de Planificación todos los meses. Las reuniones duran dos horas y generalmente se programan de 12:00 pm a 2:00 pm. Las ubicaciones en las que se realizan las reuniones van rotando entre los Condados de New Haven y Fairfield. Se sirve un almuerzo antes de la reunión del Consejo y se encuentran disponibles reintegros para los gastos de transporte de los Miembros que padecen VIH/SIDA.
- Asistan a una reunión del Comité todos los meses. Las reuniones duran dos horas y generalmente se programan de 12:00 pm a 2:00 pm o de 2:00 pm a 4:00 pm. Las ubicaciones en las que se realizan las reuniones van rotando entre Bridgeport y New Haven. En las reuniones del Comité se sirve un almuerzo y/o refrescos y se encuentran disponibles reintegros para los gastos de transporte de los Miembros del Consejo que padecen VIH/SIDA.
- No se pierdan más de cuatro reuniones del Consejo de Planificación ni cuatro reuniones del Comité.

Si necesita ayuda para completar la solicitud, si tiene alguna duda sobre qué significa ser Miembro del Consejo o si necesita métodos alternativos para presentar una solicitud, por favor, comuníquese con Jeff Daniel de Investigación Colaborativa (877-336-5503 o [jeff@collaborativeresearch.us](mailto:jeff@collaborativeresearch.us)).

Por favor, envíe su solicitud completa a:

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

Número de Fax  
1-866-607-3942

Su solicitud **CONFIDENCIAL** será revisada por el Comité de Miembros/Finanzas y será evaluada para determinar si usted: a) cumple con las pautas de Membresía según se detallan en la Ley de Extensión de Tratamiento de VIH/SIDA Ryan White de 2009; b) concuerda con el tipo de pensamiento reflexivo que determina el Consejo; y c) reconoce los requerimientos de tiempo para los miembros del Consejo.

El Comité de Miembros/Finanzas analiza las solicitudes todos los meses. Como su solicitud va avanzando por el proceso, nuestro personal y los líderes del Consejo se pondrán en contacto con usted para explicarle en qué parte del proceso de solicitud se encuentra.

¡Si decide no completar la solicitud, siéntase libre de asistir a las reuniones del Consejo de Planificación y del Comité para hacer escuchar su voz!

Gracias nuevamente por su interés en convertirse en Miembro del Consejo de Planificación.

## PARTE A: CUÉNTENOS SOBRE USTED

ESTA INFORMACIÓN SE UTILIZA PARA ASEGURAR QUE TODOS LOS MIEMBROS CUMPLAN CON LAS PAUTAS DE COMPOSICIÓN DEL CONSEJO DE PLANIFICACIÓN DICTADAS POR EL GOBIERNO FEDERAL.

### A1. Información de Contacto Principal **POR FAVOR, ESCRIBA CLARAMENTE EN IMPRENTA**

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

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

- Deseo que me envíen toda la correspondencia del Consejo de Planificación por correo electrónico.
- Deseo que me envíen toda la correspondencia del Consejo de Planificación a la dirección indicada arriba.
- Deseo que me envíen toda la correspondencia del Consejo de Planificación a una dirección diferente.

**(Por favor, elija una)**

Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

**A2. Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 19\_\_

### A3. Grupo Étnico

- Hispano
- No Hispano

### A4. Raza

- Blanca
- Afroamericana
- Asiática
- India Americana o Nativa de Alaska
- Nativa Hawaiana o Proveniente de las Islas del Pacífico
- Otro (*Por favor, identifique*): \_\_\_\_\_

### A5. Género

- Masculino
- Femenino
- Transgénero

**PARTE B: INFORMACIÓN DEL ESTADO DE VIH** (*Esta información se mantendrá confidencial*).

**B1. Estado de VIH**  Positivo  Negativo

**PARTE C: CONFLICTOS DE INTERÉS**

**C1. ¿Es empleado o miembro de una Junta Directiva de alguna agencia que reciba fondos Parte A de Ryan White?**

Sí  No  No lo sé

**Si la respuesta es sí, indique el nombre de la agencia:** \_\_\_\_\_

**C2. ¿Su rol en la comunidad refleja alguna de las siguientes áreas?: (Marque todas las que correspondan)**

- Comunidades afectadas, incluyendo personas con la enfermedad VIH o SIDA y sub-poblaciones que históricamente no son atendidas.
- Proveedores de servicios médicos, incluyendo los Centros de Salud Calificados a Nivel Federal.
- Organizaciones que se basan en la comunidad que atienden a poblaciones afectadas / organizaciones de servicios para el SIDA.
- Proveedores de servicio social que incluyen alojamiento y servicios a quienes no tienen hogar.
- Proveedores de servicios para la salud mental.
- Proveedores para tratar el abuso de sustancias.
- Agencias locales de salud pública.
- Agencias de planificación hospitalaria o agencias de planificación de cuidados para la salud.
- Líderes de la comunidad no electos.
- Agencia Medicaid Estatal.
- Agencia estatal que administra el Programa Parte B.
- Beneficiarios de la Parte C de Ryan White.
- Beneficiarios de Ryan White bajo Beneficiarios de la Parte D de Ryan White bajo otros programas federales de VIH, incluyendo Programas de Prevención de VIH.
- Individuo previamente encarcelado bajo la Ley de Discriminación Contra Personas Viviendo con VIH/SIDA (PLWHA) o sus representantes.

**PARTE D: ASISTENCIA**

**EL CONSEJO DE PLANIFICACIÓN GENERALMENTE SE REÚNE EL 2º VIERNES DE CADA MES DESDE LAS 12 DEL MEDIODÍA HASTA LAS 2 DE LA TARDE.**

**LAS REUNIONES DEL COMITÉ GENERALMENTE SE REALIZAN EL 1º JUEVES Y VIERNES DE CADA MES.**

D1. ¿Podrá asistir a dos reuniones por mes (una reunión del Consejo y una del Comité) que van rotando entre los condados de New Haven y Fairfield entre las 12:00 pm y las 2:00 pm y entre las 2:00 pm y las 4:00 pm?

- Si
- No, Por favor, Explique \_\_\_\_\_

(Por favor, Explique): \_\_\_\_\_

**SE ENCUENTRA DISPONIBLE EL REINTEGRO DE GASTOS PARA QUIENES REQUIERAN TRANSPORTE (SOLO PERSONAS CON VIH +). SOLICITANTES Y MIEMBROS, POR FAVOR, DIRÍJANSE AL PERSONAL (JEFF DANIEL).**

D2. Si usted se postuló para ser miembro del Consejo de Planificación dentro del último año y está volviendo a presentarse, por favor, describa el cambio en las circunstancias que ahora le permiten cumplir con los requerimientos para los miembros.

---



---



---



---

- No Aplica

### PARTE E: DECLARACIÓN PERSONAL

Por favor, proporcione una breve declaración como soporte de su interés en convertirse en miembro del Consejo de Planificación. Incluya detalles sobre sus calificaciones, como por ejemplo su compromiso para ayudar a la Ley de Discriminación Contra Personas Viviendo con VIH/SIDA (PLWHA), su trabajo como voluntario, experiencia relevante en la planificación de la salud o VIH/SIDA o aptitudes de liderazgo y capacidad para trabajar con un equipo de diversas culturas. Podrá adjuntar una hoja separada si fuera necesario.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

---

---

---

---

## PARTE F: COMITÉS PERMANENTES DEL CONSEJO DE PLANIFICACIÓN

**Uno de los requerimientos para ser Miembro del Consejo de Planificación es Prestar servicios en al menos un Comité Permanente.** Por favor, lea las responsabilidades de los Comités Permanentes que se enumeran a continuación:

**Las Responsabilidades del Comité de Planificación y Evaluación Estratégica son:**

1. Determinar anualmente las prioridades y la asignación de recursos de la EMA junto con el Comité de Miembros/Finanzas conforme al Plan Integral de Servicios para la Salud.
2. Desarrollar un Plan Integral de Servicios para la Salud que incluya anteproyectos de: a) las operaciones del consejo y b) la entrega de servicios para VIH/SIDA en la jurisdicción.
3. Realizar las evaluaciones anuales de las necesidades para determinar las necesidades de cuidados médicos de las personas que padecen VIH/SIDA en la EMA.
4. Analizar y actualizar los estatutos anualmente.

**Las Responsabilidades del Comité de Mejora de la Calidad son:**

1. Desarrollar un Plan de Gestión de la Calidad para establecer las expectativas del Consejo para la entrega de los servicios para la salud a los individuos que padecen VIH/SIDA en nuestra EMA.
2. Establecer y revisar los estándares de cuidado.

**Las Responsabilidades del Comité de Miembros/Finanzas son:**

1. Asegurar que se procesen los contratos con el proveedor de la Oficina de Ryan White de manera expeditiva y que los pagos se realicen puntualmente para asegurar la continuidad del servicio.
2. Monitorear los gastos por categoría de servicio.
3. Asegurar y mantener una lista de potenciales miembros del Consejo de Planificación como también asegurar que los miembros del Consejo reflejen la epidemia en EMA y en los mandatos legales.
4. Mantener los miembros: reclutando nuevos miembros, construyendo equipos, analizando las asistencias y generando cartas de advertencia para que sean enviadas cuando sea necesario, ofreciendo orientación y asignando mentores.
5. Participar en el proceso de asignación de recursos.
6. Conciliar los avisos de otorgamiento de recompensas de la EMA.

## PARTE G: FIRMA

### G2. Firma del participante:

Comprendo que estoy siendo nominado para ser miembro del Consejo de Planificación Ryan White. Puedo comprometerme a **un mínimo de ocho (8) horas por mes** para preparar, viajar y asistir a las reuniones del Consejo de Planificación y sus Comités. Comprendo que las ubicaciones de las reuniones van rotando entre los Condados de New Haven y Fairfield y que las **reuniones generalmente comienzan a las 12:00 pm y finalizan a las 2:00 pm**. He completado la información de este formulario con sinceridad y con mi mayor conocimiento.

Firma: \_\_\_\_\_

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

(El solicitante podrá adjuntar una breve declaración opcional a esta solicitud).

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

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