

Consejo de Planificación Ryan White del área de Dallas Solicitud de membresía

Para ayudarnos a procesar su solicitud de afiliación, proporcione toda la información solicitada. Ingrese N/A (no aplicable) donde corresponda. *Escriba a maquina o imprime claramente*. Si hay alguna parte de la solicitud que no entiende, comuníquese con la **oficina de apoyo del consejo de planificación para obtener** ayuda al (214) 819-1840.

La solicitud es para ser *miembro* de los siguientes

- Consejo de planificación Ryan White:
- Comité permanente del consejo de planificación Ryan White
Verifique el comité de interés (vea la página 6 para las explicaciones del comité):
 - Comité de Asignaciones
 - Comité del Consejo de Consumidores
 - Comité de Evaluaciones
 - Comité de Planificación y Prioridades
 - Comité de Evaluación de Necesidades

Parte 1 información de contacto		
Nombre		
Dirección de casa		
Ciudad	Estado	Código postal
País de residencia		
Número de teléfono casa ()		Número de teléfono alternativo ()
Lugar de empleo actual (si corresponde)		
Dirección de trabajo		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del trabajo ()		
Correo electrónico		Número de fax (si está disponible)
<p>Tenga en cuenta que el consejo de planificación es un organismo público. Si bien su estado de VIH se mantendrá confidencial, su membresía en el consejo no lo será. Recibirá correos electrónicos, correos y llamadas telefónicas del Consejo de planificación de Ryan White.</p> <p>¿Preferiría recibir correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajes y / o en el trabajo?</p> <p>Prefiero recibir correos electrónicos, llamadas telefónicas y mensajes en: Domicilio Trabajo (circule uno)</p> <p>Prefiero recibir correo en: Domicilio Trabajo (circule uno)</p>		

Parte 2 Información personal

Para la siguiente pregunta, marque la casilla de cada categoría con la que se identifica más de cerca, incluso si no usa un lenguaje idéntico para describirse. Siéntase libre de incluir cualquier información adicional que use para describirse a sí mismo en el "otro" forrado proporcionado. **Sus respuestas se mantendrán CONFIDENCIALES y estarán disponibles solo para el presidente del consejo de planificación, el director ejecutivo del consejo de planificación (jefe del condado de Dallas) y la oficina de apoyo del consejo de planificación.**

A. Género: Masculino Femenino Transgénero Otro _____

B. ¿Es usted una persona que vive con el VIH / SIDA? Si No

Esta pregunta se mantendrá confidencial y puede dejarla en blanco. El presidente del Consejo de Planificación discutirá esto con usted en privado.

Si respondió que sí, ¿está dispuesto a identificarse a sí mismo como una persona que vive con el VIH / SIDA? Si No

Si respondió que sí, ¿también vive con hepatitis B o C?
 Si No

C . Raza/etnia:

Hispano o latino	Categorías de raza federal
<p>DEBES marcar uno</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o latino</p> <p><input type="checkbox"/> No Hispano o Latino</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>Elija tantos como corresponda, pero DEBE marcar al menos uno:</p> <p><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Si es indio americano, indique la (s) tribu (s) _____</p> <p><input type="checkbox"/> asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p>

D. ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave? Si No

Una respuesta afirmativa no necesariamente lo descalifica.

Esté preparado para abordar este problema con el Presidente del Consejo de Planificación (esto seguirá siendo confidencial).

E. ¿Está afiliado a alguno de los siguientes tipos de organizaciones, agencias o programas como EMPLEADO, MIEMBRO DE LA JUNTA O VOLUNTARIO? (Marque todo lo que corresponda y enumere la organización específica y su función en el espacio provisto).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No estoy afiliado como empleado o miembro de la junta con ninguno de los tipos de agencias que se enumeran a continuación. | <input type="checkbox"/> Líderes comunitarios no electos |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de atención médica, incluidos los Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC). | <input type="checkbox"/> Representantes de / o anteriormente encarcelados |
| <input type="checkbox"/> Organizaciones comunitarias (CBO) que prestan servicios a las poblaciones afectadas / organizaciones de servicios para el SIDA (ASOs). | <input type="checkbox"/> Agencias estatales de Medicaid. |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de servicios sociales, incluidos proveedores de servicios de vivienda y personas sin hogar. | <input type="checkbox"/> Agencias financiadas por la Parte A de la Ley de Modernización del Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de salud mental | <input type="checkbox"/> Agencias financiadas por la Parte C de la Ley de Modernización del Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Agencias u organizaciones financiadas por la Parte D de la Ley de Modernización del Tratamiento que abordan las necesidades de los niños, jóvenes y familias con VIH |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de prevención | <input type="checkbox"/> Agencias gubernamentales estatales |
| <input type="checkbox"/> Agencias locales de salud pública | <input type="checkbox"/> Proveedores sin hogar (no HOPWA)) |
| <input type="checkbox"/> Agencias de planificación hospitalaria u otra atención médica Agencias de planificación | <input type="checkbox"/> Otros programas federales de VIH |
| <input type="checkbox"/> Personas que viven con el VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Proporcione los nombres de las organizaciones que ha seleccionado y su función en esas organizaciones:

F. En la siguiente lista, identifique tres (3) áreas de interés o experiencia que pueda contribuir al Consejo de Planificación.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Necesidades de salud de los hombres que tienen sexo con hombres | <input type="checkbox"/> Salud pública general |
| <input type="checkbox"/> Necesidades de salud de las mujeres relacionadas con el VIH | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Las necesidades de salud del VIH de los niños | <input type="checkbox"/> Otros servicios de apoyo no medicos |
| <input type="checkbox"/> Necesidades de salud del VIH de los jóvenes | <input type="checkbox"/> Planificación sanitaria |
| <input type="checkbox"/> Servicios de uso / abuso de sustancias, incluidas las necesidades de salud de los usuarios de drogas inyectables | <input type="checkbox"/> Evaluación |
| <input type="checkbox"/> Asignación de recursos financieros / presupuestación | <input type="checkbox"/> Atención médica primaria |
| | <input type="checkbox"/> Otros (Por favor especifica)._____ |

Parte 3

Por favor responda brevemente a las preguntas siguientes.

La capacidad de facilitar la reunión de un grupo diverso es crucial para el liderazgo del Consejo de Planificación y / o su comité permanente. El proceso de facilitación del grupo permite al Consejo / Comité realizar negocios de manera eficiente y cumplir con su misión con éxito. **Por favor describa situaciones en las que haya facilitado el trabajo de un equipo para alcanzar un objetivo común.**

1. ¿Qué habilidades, conocimientos, cualidades o experiencia de vida especiales aportaría al Consejo / comité de planificación como su presidente o vicepresidente?

2. Por favor enumere cualquier experiencia laboral o de voluntariado que haya tenido, incluida la experiencia de liderazgo (o adjunte un currículum).

3. ¿Es miembro de la junta de alguna agencia de voluntarios en el área de Dallas o el norte de Texas? Si es sí, por favor explique.

Parte 4 Firma y fecha

Todos los presidentes del comité permanente también deben ser miembros del Consejo de Planificación. La membresía es un proceso abierto y continuo. El comité ejecutivo se reúne mensualmente según sea necesario para revisar las solicitudes y entrevistar a los candidatos para miembros potenciales del Consejo de Planificación o sus comités. Los asientos del Consejo de Planificación son limitados y deben cumplir con la guía federal para acomodar los asientos obligatorios.

Una vez recibida esta solicitud, la información se enviará al Comité Ejecutivo y se pedirá a los candidatos potenciales que se entrevisten con el comité

Firma _____ **Fecha** _____

Las solicitudes completas pueden enviarse por correo, correo electrónico o fax a:

Consejo de Planificación Ryan White del área de Dallas
2377 N. Stemmons Freeway, Suite 200
Dallas, TX 75207-2710
Teléfono: 214.819.1840
Fax: 214.819.6023
Correo electrónico: RWPC.RWPC@dallascounty.org

Comités operativos permanentes del Consejo de Planificación Ryan White del Área de Dallas

El Consejo de Planificación Ryan White (RWPC) se creó debido a los mandatos legislativos de la Ley Ryan White Care de 1990, Parte A, que pedía el establecimiento de consejos de planificación para supervisar un plan para la distribución de asistencia financiera de emergencia para la implementación y prestación de un continuo de servicios sociales y de salud para las personas que viven con el VIH y el SIDA. El trabajo se lleva a cabo en gran medida a través de la estructura de comités de voluntarios con una amplia gama de experiencia en salud, finanzas, negocios y servicios sociales. Los nombramientos para estos comités se hacen entre los miembros del RWPC, los proveedores de servicios sociales y de salud y las personas, incluidas las personas VIH positivas y las personas interesadas en la prestación de servicios para el VIH que han expresado su deseo de formar parte de los comités del consejo.

Los comités que componen el Consejo de Planificación Ryan White del Área de Dallas se describen en los siguientes párrafos junto con sus cargos, responsabilidades y horarios de reuniones programados :

El comité de planificación y prioridades: Este comité proporciona dirección para las actividades generales de planificación del RWPC. Los miembros supervisan el proceso de identificación de las necesidades y barreras para la atención de las personas afectadas por la enfermedad del VIH a través de una evaluación integral de necesidades. Luego, priorizan categóricamente las necesidades de servicio. El comité de Planificación y Prioridades se reúne con el comité también desarrolla y / o contrata un plan de servicios de VIH integral actual para implementar las metas prioritarias aprobadas por el RWPC. **El Comité de Planificación y Prioridades se reúne cada tercer miércoles a las 9:00 am.**

El Comité de asignaciones: Este comité es responsable de recomendar la distribución categórica de fondos entre las categorías de servicios priorizadas. Al hacer sus recomendaciones para las asignaciones de categorías de servicios, el comité utiliza toda la información disponible con respecto a las necesidades de la comunidad, la evaluación de necesidades actual, el VIH integral de largo alcance. Plan de servicios y datos de tendencias relevantes. **El Comité de asignaciones se reúne cada cuarto lunes a las 5:15 pm.**

El Comité de Evaluación: Este comité asegura que todas las partes que reciben fondos cumplan con altos estándares de responsabilidad fiscal y programática. Este comité lleva a cabo una evaluación anual de la responsabilidad de la Agencia Administrativa de asignar fondos rápidamente a las categorías de servicios de mayor necesidad, y evalúa la capacidad del RWPC para establecer un proceso efectivo de establecimiento de prioridades y asignaciones. **El Comité de Evaluación se reúne cada cuarto martes a las 3:00 pm.**

El Consejo de Consumidores: El Comité del Consejo de Consumidores (CCC) está compuesto por personas infectadas o afectadas por el VIH / SIDA e incorpora Personas que viven con el VIH / SIDA (PLWHA), cuidadores, proveedores de servicios de VIH y otras partes interesadas. El comité está encargado de empoderar a los consumidores, cuidadores y otras personas afectadas a través de la educación al proporcionar las herramientas y el conocimiento para interactuar con esas personas y comités que afectan la prestación de servicios categóricos de la Ley de Modernización del Tratamiento Ryan White y el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas. (DSHS) .Como Consejo de diversidad, la CCC alienta a otras personas afectadas por el VIH / SIDA a participar en el proceso de planificación. Esto se logra a través de grupos de enfoque, foros comunitarios y otras reuniones públicas para asegurar que los comentarios de las comunidades afectadas se incorporen en la planificación y evaluación de los servicios relacionados con el VIH / SIDA. **El Comité del Consejo de Consumidores se reúne cada cuarto jueves a las 12:00 pm.**

El Comité de Evaluación de Necesidades: El cargo del Comité de Evaluación de Necesidades es supervisar el desarrollo e implementación del proceso de evaluación de necesidades para identificar las necesidades, las barreras para la atención y las brechas en los servicios para PL WH, y para asegurar que las actividades del Consejo de Planificación estén trabajando para cumplir con necesidades, superando las barreras y cerrando las brechas. El Comité de Evaluación de Necesidades diseñará encuestas de consumidores que recopilarán de manera integral datos demográficos, epidemiológicos, de comportamiento y relacionados con el servicio; desarrollar estrategias para apuntar a poblaciones especiales y organizar grupos focales para determinar qué información recopilar y cómo recopilarla; determinar los mejores medios para realizar la evaluación integral de necesidades que satisfaga las necesidades de frecuencia de la Administración de Recursos y Servicios de Salud; identificar las tendencias de las necesidades identificadas por los consumidores en los ciclos de evaluación anteriores y proporcionar recomendaciones relacionadas con las necesidades del consumidor al otro comité permanente del Consejo de Planificación Ryan White. **El Comité de Evaluación de Necesidades se reúne cada tercer martes a las 2:00 pm.**

If you are applying to be seated on the *Ryan White Planning Council*, please request the **Background Investigation Form** from the Office of Support.



DALLAS COUNTY
COMMISSIONERS COURT

CONFIDENTIAL

Background Investigation Form – Board Appointment

For Business Use Only: SSN/Criminal MVR Employment Verification

Personal Information Section:

PLEASE PRINT IN INK OR TYPE		CONFIDENTIAL
NAME: LAST, FIRST, MIDDLE		MAIDEN OR OTHER NAMES KNOWN BY:
BIRTH DATE*	SOCIAL SECURITY NO.	DRIVERS LICENSE NO. & STATE
BOARD/COMMISSION OF CONSIDERATION:		

Residential Section:

PRESENT ADDRESS**	CITY	STATE	ZIP	DATES: From/To
PREVIOUS ADDRESS	CITY	STATE	ZIP	DATES: From/To
PREVIOUS ADDRESS	CITY	STATE	ZIP	DATES: From/To
PREVIOUS ADDRESS	CITY	STATE	ZIP	DATES: From/To

Employment History Section:

Employer		Address		
Job Title	Start Date	End Date	Contact Name and Number	
Employer		Address		
Job Title	Start Date	End Date	Contact Name and Number	
Employer		Address		
Job Title	Start Date	End Date	Contact Name and Number	

* Date of birth and Social Security Number are required solely for the purpose of verifying background information and to insure the accuracy in the search of public records. Neither will be used for any other purpose.
 ** Provide addresses for at least the last seven (7) years.

In connection with my board appointment with Dallas County, I understand that Dallas County or an outside agency may complete a background investigation regarding such areas as employment history, driver's license, and criminal history or convictions.

I agree that a Photostat or copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I authorize and request all persons, schools, businesses, corporations, government agencies, credit bureaus, and law enforcement to release such records without restrictions or qualifications. I also release Dallas County or any of its employees, representatives, or agents from any and all liability associated with this background investigation. If discrepancies are found, I understand I will be given the opportunity to explain any inaccuracies.

I have read and understand the above statement.

Applicant Signature _____

Date _____

411 Elm Street, 2nd Floor
Administration Building

Dallas, Texas
Equal Opportunity Employer

214.653.7327

C:\Documents and Settings\ALSMITH\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.Outlook\HFECPD03\Dallas Co Board Appointment Background Check Form222812.doc

**DALLAS COUNTY
BOARD AND COMMISSION NOMINEE RESUME AND INFORMATION**

Notice: By signing this form you agree that the information you provide below may be used to check your criminal history. You also agree that this information may be shared with the Commissioners Court. You also acknowledge that some of this information may become public information and subject to open records requests and available to anyone who requests the information.

Nominee's full name (Last name, First name, Middle name) (Maiden name)

Additional name or names ever used by nominee (Alias name or names) Maiden name

Date of birth

Sex

Race

Texas driver's license number

Social Security number

Name of board to which you have been nominated

Have you ever been finally convicted of a felony offense? Yes _____ No _____

I hereby state that all of the information in this statement is true and correct. I further request and authorize all law enforcement officials and criminal justice agencies to release any criminal history records concerning me to Dallas County in order that my qualifications for service on a county board or commission may be checked. I understand that any information so released is public information and may be released to members of the Dallas County Commissioners Court and to any other person requesting it.

Signature of Nomine