OAK ORCHARD HEALTH

SOLICITUD DE MEMBRESÍA DE LA JUNTA DIRECTIVA

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad y Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de la oportunidad de servir en la junta directiva de OOH? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n.º Teléfono (Fijo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Celular)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si está jubilado, indique su profesión anterior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Es usted, o un adulto dependiente de usted, o un hijo de usted, paciente actual de OOH? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

En caso de que sí, ¿ha recibido usted, o su dependiente, tratamiento en los últimos veinticuatro (24) meses?

\_\_\_Sí \_\_\_No

¿Trabaja usted, o algún miembro de su familia, para OOH, o proporciona cualquier producto o servicio a OOH? \_\_\_Sí \_\_\_No

Favor de indicar abajo por qué le interesa servir en la junta directiva de OOH, e indicar las contribuciones que usted cree que puede hacer a la misión de OOH:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene experiencia previa como miembro de una junta sin fines de lucro? \_\_\_Sí \_\_\_No En caso de que sí, favor de identificar la organización y su papel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted deriva, actualmente, más de 10% de sus ingresos por la industria del cuidado de salud? \_\_\_Sí \_\_\_No

En caso de que sí, favor de indicar la fuente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Usted podrá asistir a juntas mensuales (las cuales se llevan a cabo el tercer miércoles de cada mes)? \_\_\_Sí \_\_\_No

¿Estará dispuesto(a) a completar (sin ningún costo personal) el programa de entrenamiento en línea para miembros de la junta, proporcionado por la Asociación Nacional de los Centros de Salud Comunitarios (NACHC) durante los primeros seis (6) meses de haber sido designado(a) a la junta? \_\_\_Sí \_\_\_No

¿Estará dispuesto(a) a someterse a una verificación de antecedentes? \_\_\_Sí \_\_\_No

En caso de ser solicitado(a) a unirse con la junta, ¿estará dispuesto(a) a proporcionarles su número de seguro social? \_\_\_Sí \_\_\_No

Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recibido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SI LO TIENE DISPONIBLE, FAVOR DE ADJUNTAR UNA COPIA DE SU CURRICLUM MÁS RECIENTE Y MANDE LA APLICACIÓN COMPLETADA A: ASISTENTE EXECUTIVO, OAK ORCHARD HEALTH, 300 WEST AVE., BROCKPORT, NY 14420. SI TIENE PREGUNTAS, LLAME AL 585-637-4990, EXT. 214