

OAK ORCHARD COMMUNITY HEALTH CENTER (OOCHC) SOLICITUD PARA SER MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA

Nota: Si leer o entender inglés es difícil para usted, OOHCHC puede ofrecer ayuda, como servicios de traducción, para que pueda participar plenamente como miembro de la Junta. (Estatutos de la Junta Directiva de OOHCHC, Artículo III.4.B)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad y código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Ocupación: _____

Dirección del trabajo y código postal: _____

Si está jubilado(a), ¿cuál era su ocupación anterior?: _____

¿Cómo se enteró de la oportunidad de participar en la Junta Directiva de OOH?

Puede marcar más de una opción: personal de OOH, miembro de la Junta, paciente, amigo(a) o conocido(a), sitio web, cartelera de uno de nuestros centros u otra forma.

La misión de Oak Orchard Health Center es apoyar la salud y el bienestar de nuestros pacientes con atención médica de calidad, innovadora y enfocada en sus necesidades. OOHCHC es un Centro de Salud Calificado a Nivel Federal (FQHC). Somos un centro de salud comunitario que atiende a TODAS las personas, tengan o no seguro médico y puedan o no pagar por los servicios. Nuestros valores principales son la excelencia, el respeto y la integridad.

¿Por qué le interesa participar en la Junta Directiva de OOH? Cuéntenos cómo cree que puede apoyar la misión de OOH.

Cuéntenos sobre su participación en la comunidad. Por ejemplo, con organizaciones de servicios sociales, grupos de apoyo o servicios de salud.

¿Ha sido miembro de la junta directiva de una organización sin fines de lucro? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, escriba el nombre de la organización y cuál era su función.

EXPERIENCIA Y PARTICIPACIÓN

¿Tiene conocimientos, habilidades o experiencia en alguna de estas áreas?

☐ Finanzas o análisis ☐ Manejo de riesgos o cumplimiento de reglas ☐ Recursos Humanos

☐ Planificación estratégica o mejora de la calidad ☐ Comunicación o mercadeo ☐ Atención médica

¿Tiene alguna certificación profesional?

¿Ha representado o trabajado de cerca con trabajadores agrícolas migrantes o de temporada (MSFW/MSAW), o tiene experiencia con esta comunidad?

¿Puede asistir a las reuniones de la Junta el cuarto miércoles de cada mes, en persona o por internet? ☐ Sí ☐ No

¿Puede participar en comités cuando sea necesario, en persona o por internet? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido paciente de OOHHC en los últimos 24 meses? Esto incluye servicios médicos, dentales, de la vista o de salud mental. No necesita decir qué servicio recibió. ☐ Sí ☐ No

¿Tiene un hijo(a) o un adulto que depende de usted y que haya sido paciente de OOHHC en los últimos 24 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene autoridad legal para tomar decisiones de atención médica por un paciente? ☐ Sí ☐ No

Si NO es paciente: ¿más del 10% de sus ingresos viene de un trabajo en el área de salud?

Esto incluye trabajos con contacto directo con pacientes, como médicos, dentistas, proveedores de salud mental, enfermeros(as), asistentes médicos, técnicos y personal que atiende a pacientes en hospitales o centros de atención.

Si respondió que sí, explique:

¿Usted o alguien de su familia trabaja para OOH o le vende productos o servicios? ☐ Sí ☐ No

¿Está dispuesto(a) a completar, sin costo para usted, la capacitación en línea para miembros de la Junta de la Asociación Nacional de Centros de Salud Comunitarios (NACHC) durante los primeros seis (6) meses después de entrar a la Junta? ☐ Sí ☐ No

OOH recibe gran parte de sus fondos del gobierno federal. Por eso, las personas que forman parte de la Junta deben pasar por una revisión de antecedentes.

Si le invitan a formar parte de la Junta, ¿está dispuesto(a) a dar su número de Seguro Social y fecha de nacimiento para esta revisión? ☐ Sí ☐ No

Firma: _____ Fecha: _____

Recibido: _____

Adjunte una copia de su currículum o CV más reciente y envíelo a:

Michael Kozlowski
Presidenta del Comité de Gobierno

Si tiene preguntas, escriba a: Governance.Committee@oochc.org