



## Aplicación de Ingreso al Consejo Defensor y Asesor de Miembros

### **¡Estamos recibiendo aplicaciones!**

Estamos buscando personas, jóvenes y miembros de familia interesados para servir en nuestro Consejo Defensor de Miembros y Asesor Comunitario.

Todos los miembros del consejo desempeñan un papel importante en guiar cómo servimos a la comunidad y cómo brindamos atención médica. Su participación también nos ayuda a desarrollar maneras para mejorar los servicios de nuestros miembros.

### **¿Dónde puedo obtener una aplicación?**

Puede encontrar y llenar esta aplicación en nuestro sitio web en [www.BannerHealth.com/ACC](http://www.BannerHealth.com/ACC). Es fácil, nada más haga clic en **“Plan Information”** y después hacer clic en **“Office of Individual and Family Affairs (OIFA)”**. También puede descargar la aplicación del comité (PDF) en esta página. Solamente llene la aplicación, guárdela y envíela por correo electrónico a la Oficina de Asuntos Individuales y Familiares a [oifateam@bannerhealth.com](mailto:oifateam@bannerhealth.com)

### **¿Necesita ayuda?**

Si necesita ayuda con la aplicación, simplemente llame nuestro Centro de Atención al Cliente al 800-582-8686, TTY 711. O bien envíe un correo electrónico a [oifateam@bannerhealth.com](mailto:oifateam@bannerhealth.com).

Si es seleccionado para un comité, nosotros proporcionaremos todo la capacitación y apoyo necesario. Si no tiene acceso al internet en casa, puede ir a una librería pública. Puede que sea mejor que hable por teléfono para checar si la librería está abierta y si hay computadores disponibles.

## Banner – University Family Care Aplicación para el Comité y Consejo

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

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

*Nombre*

*Inicial*

*Apellido*

**Dirección:** \_\_\_\_\_

*Calle*

*Ciudad*

*C.P.*

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Edad:**  14-17  18-25  26-35  36-45  46-52  53+

**Sexo:**  Masculino  Femenino \_\_\_\_\_ (Si se identifica de otra manera favor de llenar)

**La diversidad es importante. Díganos acerca de su etnicidad y/o herencia cultural:**

**Marque todos los que correspondan:**

- Tengo experiencia vivida.
- Soy un miembro de familia de un ADULTO recibiendo servicios.
- Soy un miembro de familia de un NIÑO recibiendo servicios.
- Soy un adolescente/joven recibiendo servicios.
- Soy miembro de la comunidad y/o defensor.
- Soy proveedor de salud mental o empleado.

**Asociación Tribal**

- Sí. Nombre de la tribu:
- No
- Prefiero no contestar

**¿Cómo se enteró de los Consejos de Banner – University Family Care?**

- Experiencia vivida/amigo  Proveedor  NAMI
- Consejo Asesor de Vecinos  Coalición/Evento Comunitario
- Otro

**Marque a que comité le gustaría pertenecer:**

- Consejo Defensor de Miembros
- Consejo de Liderazgo Juvenil
- Consejo Asesor Comunitario
- Comité de Competencia Cultural

**¿Cuenta con transportación disponible?**       Sí       No

**Escriba las horas que estaría disponible para participar en el consejo:**

**Díganos sobre su experiencia y conocimiento en las siguientes áreas. Explique cómo beneficiaría al consejo o consejos en los cuales participaría.**

**Recuperación de salud física y/o comportamental, apoyo y/o defensoría:**

**Participación familiar, juvenil y/o de experiencia vivida (*Sistema de atención médica física y/o de salud comportamental de adulto y/o niños*):**

**Educación, destrezas, certificaciones u otros intereses que le gustaría que consideremos:**

**Consejos de salud estatales/locales, físicos y/o comportamentales/juntas/organizaciones de las que haya sido parte en los últimos cinco años:**

**Experiencia de voluntario y/o trabajo en política de Arizona, servicios de recuperación, prevención u otras áreas del sistema de salud comportamental:**

Firma:

Fecha: