

JUNTA DE SUPERVISORES DEL CONDADO DE IMPERIAL
Solicitud para Membresía en el Comité Asesor de Equidad en Salud

Gracias por su interés en solicitar membresía en el Comité Asesor de Equidad en Salud. El comité tiene la obligación de sesionar como mínimo una vez al mes. Las sesiones deberán celebrarse en las distintas ciudades de todo el Condado a fin de garantizar una amplia representación y un mayor acceso para integrantes de comunidades vulnerables y pequeñas organizaciones que representan a comunidades vulnerables o atienden sus necesidades. En virtud de la pandemia de COVID-19, las sesiones se estarán celebrando de manera virtual por videoconferencia o teleconferencia. Para mayores informes acerca del comité, le invitamos a revisar los estatutos en tinyurl.com/IVEquityBylaws y la resolución en materia de equidad en salud en: bit.ly/IVEquityResolution

FAVOR DE LLENAR A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE (Incluya sus respuestas a las preguntas 8 a la 12 en una hoja aparte)

DATOS DE CONTACTO

1. Nombre (Nombre, Apellido): _____

Domicilio Postal: _____ Ciudad: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

2. ¿Vive dentro de los límites de una zona no constituida o en una ciudad/poblado?

Ciudad o poblado (favor de especificar: _____)

Zona no constituida (favor de especificar: _____)

3. En promedio, ¿cuántas horas al mes puede comprometer a su participación en el comité? (seleccionar una sola respuesta)

1 hora

2-3 horas

4-5 horas

5+ horas

FORMACIÓN E INTERESES EN LA COMUNIDAD

El Comité Asesor debe contar con una amplia representación de todos los sectores y sus integrantes deben tener una diversidad de habilidades y áreas de conocimiento que permitan avanzar la equidad en salud en el Condado de Imperial, representar a comunidades vulnerables y ser representativo de las mismas.

4. ¿Qué sector(es) representa en función de su experiencia de vida, tanto personal como profesional? (Seleccionar tantas respuestas como correspondan)

Atención Médica/Seguro Médico

Asesoría de Salud Mental/TCS/Trabajo Social

Educación

Desarrollo Económico

Transporte

Organización Comunitaria/Sin Fines de Lucro

Gobierno (Estado, Condado, Municipio)

Organización de Fe

Investigación/acopio de Datos/Académico

Tecnología/Datos/Informática

Políticas/Abogacía

Arte/Diseño/Desempeño

Justicia/Orden

Agricultura/Sistemas Alimentarios

Público/Respuesta Inicial

Otro (favor de especificar):

Fuerzas Armadas/Veteranos

5. ¿Cuál(es) de las siguientes comunidades representa? (seleccionar tantas respuestas como correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grupos étnicos o raciales (favor de indicar cuales en el espacio para "Otra") | <input type="checkbox"/> Inmigrantes y refugiados |
| <input type="checkbox"/> Familias y comunidades con personas de escasos recursos | <input type="checkbox"/> Personas con dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés) |
| <input type="checkbox"/> Personas encarceladas o previamente encarceladas | <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer, y en cuestionamiento (LGBTQIA) |
| <input type="checkbox"/> Personas con discapacidades o que cuidan a integrantes con discapacidades | <input type="checkbox"/> Veteranos(as) |
| <input type="checkbox"/> Personas con trastornos de salud mental | <input type="checkbox"/> Adultos Mayores/Envejecimiento |
| <input type="checkbox"/> Adolescentes y adultos jóvenes | <input type="checkbox"/> Comunidades rurales/aisladas |
| <input type="checkbox"/> Niños(as) | <input type="checkbox"/> Personas que viven o han vivido situación de indigencia |
| <input type="checkbox"/> Mujeres | <input type="checkbox"/> Consumo/abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Personas con trastornos de salud mental | <input type="checkbox"/> Otra (favor de especificar: _____) |

6. ¿Cuáles son sus áreas de interés respecto de inequidades y disparidades en salud en la comunidad (seleccionar tantas respuestas como correspondan)¹

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> COVID-19 y Enfermedades Infecciosas | <input type="checkbox"/> Servicios con competencia y sensibilidad cultural/lingüística |
| <input type="checkbox"/> Acceso a atención médica (disponibilidad/accesibilidad de atención, costos, entrega con sensibilidad cultural) | <input type="checkbox"/> Acceso a transporte |
| <input type="checkbox"/> Calidad de atención médica | <input type="checkbox"/> Acceso a alimentos saludables |
| <input type="checkbox"/> Salud mental (trauma, disponibilidad/accesibilidad de atención, costos, entrega con sensibilidad cultural) | <input type="checkbox"/> Entorno Construido (parques, comunidades aptas para caminar, alumbrado, espacios recreativos, reverdecimiento urbano) |
| <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Justicia Social |
| <input type="checkbox"/> Oportunidades de empleo | <input type="checkbox"/> Inmigración |
| <input type="checkbox"/> Vivienda asequible | <input type="checkbox"/> Consumo/Abuso/Adicción a/de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Salud Ambiental/Justicia Ambiental/Cambio Climático (calidad del aire, cambio climático, calidad del agua) | <input type="checkbox"/> Prevención de la Violencia |
| <input type="checkbox"/> Salud de la Mujer | <input type="checkbox"/> Involucrados con la Justicia/Previamente Encarcelados |
| <input type="checkbox"/> Salud de la Comunidad LGBTQ | <input type="checkbox"/> Enfermedades Crónicas |
| <input type="checkbox"/> Adultos Mayores/Envejecimiento | <input type="checkbox"/> Derechos Civiles |
| <input type="checkbox"/> Pueblos Indígenas de EE.UU./Participación Tribal | <input type="checkbox"/> Niños(as)/Adolescentes/Adultos Jóvenes |
| | <input type="checkbox"/> Educación en Salud |
| | <input type="checkbox"/> Pobreza/Reducción de la Pobreza |
| | <input type="checkbox"/> Otra (favor de especificar: _____) |

7. ¿Con cuáles de las siguientes *comunidades vulnerables* tiene experiencia directa de trabajo o experiencia de vida? (Seleccionar tantas respuestas como correspondan)

¹ Las áreas de enfoque se compilaron a partir de los indicadores que aparecen en el Índice de Lugares Saludables (HPI) y la solicitud para el Comité Asesor a la Oficina de Equidad en Salud que utiliza el Departamento de Salud Pública del Estado de California.

- Grupos étnicos o raciales (favor de indicar cual(es) en el espacio para "Otra")
- Familias y comunidades con personas de escasos recursos
- Personas encarceladas o previamente encarceladas
- Personas con discapacidades o que cuidan a integrantes con discapacidades
- Personas con trastornos de salud mental
- Adolescentes y adultos jóvenes
- Niños(as)
- Mujeres
- Personas con trastornos de salud mental
- Inmigrantes y refugiados
- Personas con dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés)
- Lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer, y en cuestionamiento (LGBTQIA)
- Veteranos(as)
- Adultos Mayores/Envejecimiento
- Comunidades rurales/aisladas
- Personas que viven o han vivido situación de indigencia
- Consumo/abuso de sustancias
- Otra (favor de especificar: _____)

8. Describa cualquier experiencia de vida que tenga con comunidades en espacios vulnerables. *Espacio vulnerable* se refiere a lugares o comunidades con inequidades en su entorno social, económico, educativo o físico o en su salud ambiental y que carecen de suficientes recursos o capacidad para proteger y fomentar la salud y el bienestar de sus residentes.
9. ¿Cuenta con alguna cédula, certificado, licencia, título, formación académica, experiencia laboral o experiencias de desarrollo de liderazgo que nos quiera compartir y que serían útiles en el papel de asesor(a) de equidad en salud?
10. Imagine que el comité cerró un año de pleno éxito en su labor; indique 2 o 3 logros directos que habría alcanzado el comité.
11. De ser seleccionado(a), ¿qué necesitaría para tener éxito en esta función?
12. ¿Hay algo más que quiera que sepamos acerca de su interés en abordar problemáticas relacionadas con disparidades e inequidades de salud en el Condado de Imperial?

FIRMA: _____ FECHA: _____

FAVOR DE ENVIAR/ENTREGAR SU SOLICITUD LLENADA A:
 COUNTY OF IMPERIAL
 Clerk of the Board of Supervisors
 Attn: Blanca Acosta
 County Administration Center
 940 West Main Street, Suite 209
 El Centro, CA 92243

Para Uso Interno Exclusivamente:	
Existe actualmente una vacante:	
<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No
Si indicó que sí, ¿cuál vacante llenaría?	