Bureau de l'équité en matière de santé de la population
Conseil consultatif sur l'équité en matière de santé

Candidature au poste de membre du Conseil

Si vous soumettez une candidature papier, veuillez l'envoyer par courriel à health.equity@maine.gov.

Renseignements concernant le demandeur

Nom complet : _____ Date : _____
Nom de famille *Prénom* *Initiale du deuxième prénom :*

Adresse : _____
Rue *Appartement / unité*

_____
Ville *État* *Code Postal*

Téléphone : _____ Adresse courriel _____

Langues parlées : _____ Langues écrites : _____

Expérience vécue

Comment votre expérience vécue peut-elle aider l'OPHE à comprendre et à traiter l'impact du racisme et d'autres inégalités (telles que celles liées à l'identité de genre, à l'origine ethnique, au handicap, à l'orientation sexuelle, etc.) sur les performances en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé ?

_____

Que voulez-vous nous dire d'autre sur votre intérêt à traiter les problèmes de disparités systémiques en matière de santé dans l'État du Maine ? Veuillez nous faire part de toute qualification ou expérience pertinente.

_____

Informations démographiques

Quel âge avez-vous ? _____ Je préfère ne pas dire

Vous identifiez-vous en tant qu'immigrant ? Oui Non Je préfère ne pas dire

Vous identifiez-vous comme LGBTQ+ ? Oui Non Je préfère ne pas dire

Comment décrivez-vous votre identité raciale ou votre citoyenneté/héritage/origines ?

_____

_____

Quelle est votre origine raciale ou ethnique ? Vous pouvez sélectionner plus d'une réponse.

- ☐ **Amérindien(ne) ou natif(ve) de l'Alaska ou autochtone**
- ☐ **Asiatique**
- ☐ **Noir(e) ou Afro-Américain(e)**
- ☐ **Latino ou hispanique**
- ☐ **Originaire du Moyen-Orient ou de l'Afrique du Nord**
- ☐ **Natif(ve) d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique**
- ☐ **Blanc(he)**
- ☐ **Je ne sais pas/Je ne suis pas sûr(e)**
- ☐ **Je préfère ne pas dire**
- ☐ **Autre race ou origine**

_____

Comment définissez-vous votre identité sexuelle ?

- ☐ Femme cisgenre
- ☐ Homme cisgenre
- ☐ Femme transgenre
- ☐ Homme transgenre
- ☐ Personne genderqueer/non-binaire/non-conforme
- ☐ Non répertorié ici
- ☐ Je préfère ne pas dire

Fournissez des détails supplémentaires ici, si vous le souhaitez (facultatif)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Objectifs et considérations de participation

Si vous êtes sélectionné en tant que membre initial, qu'aimeriez-vous que le Conseil accomplisse au cours de ses deux premières années ?

_____

_____

_____

Pouvez-vous consacrer 4 à 5 heures par mois au travail du Conseil ? Oui Non _____

Quels types de soutien vous permettraient de mieux participer aux réunions (par exemple, honoraires, remboursement des frais de déplacement et/ou de garde d'enfants, etc.)

_____

_____

_____

_____