Oficina de Equidad en Salud Poblacional (Office of Population Health Equity)
Consejo Asesor de Equidad en Salud (Health Equity Advisory Council)

Solicitud de miembro del Consejo

Si presenta una solicitud en papel, escriba un correo electrónico a health.equity@maine.gov.

Información del solicitante

Nombre completo: _____ Fecha: _____
Apellido *Primer nombre* *Inicial segundo nombre*

Dirección: _____
Calle *Número de apartamento o unidad*

_____
Ciudad *Estado* *Código postal*

Teléfono: _____ Correo electrónico _____

Idiomas de comunicación oral: _____
_____
_____
_____
_____

Idiomas de comunicación escrita: _____
_____
_____
_____
_____

Experiencias vividas

¿Cómo puede su experiencia vivida ayudar a la OPHE a comprender y abordar cómo el racismo y otras desigualdades (como aquellas relacionadas con la identidad de género, etnia, discapacidad, orientación sexual, etc.) tienen un impacto sobre la situación sanitaria y los determinantes sociales de salud?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

¿Qué otra información le gustaría que conozcamos sobre su interés en abordar cuestiones de diferencias sistemáticas de la salud en el estado de Maine? Detalle cualquier aptitud o experiencia que sea relevante.

_____
_____
_____
_____

Información demográfica

¿Cuál es su edad? _____ Prefiero no compartirla

¿Se identifica como una persona migrante? Yes No Prefiero no compartirlo

¿Se identifica como miembro del colectivo LGBTQ+? Yes No Prefiero no compartirlo

¿Cómo describe su identidad racial o su ciudadanía/herencia/origen? _____

_____

¿Cuál es su grupo étnico o su raza? Puede seleccionar más de una opción.

- ☐ **Indígena americano o nativo de Alaska o indígena**
- ☐ **Asiático**
- ☐ **Negro o afroamericano**
- ☐ **Latina, Latino, Latinx o Hispano**
- ☐ **Del Medio Oriente o de África del Norte**
- ☐ **Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico**
- ☐ **Blanco**
- ☐ **No sé/No estoy seguro**
- ☐ **Prefiero no compartirlo**
- ☐ **Otra raza u origen**

_____

¿Cuál es su identidad de género?

- ☐ Mujer cisgénero
- ☐ Hombre cisgénero
- ☐ Mujer transgénero
- ☐ Hombre transgénero
- ☐ Queer/no binario/no conforme
- ☐ No figura en esta lista
- ☐ Prefiero no compartirlo

Establezca detalles adicionales aquí si lo desea (opcional)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Objetivos de la participación y consideraciones

Si fuera elegido miembro inaugural, ¿qué le gustaría que el Consejo logre en sus primeros dos años?

_____

_____

_____

¿Puede dedicar entre 4 y 5 horas por mes para el trabajo del Consejo? Sí No _____

¿Qué tipo de asistencia incrementaría su capacidad para participar en las reuniones (por ejemplo, honorarios, reembolso de guardería o transporte, etc.)?

_____

_____

_____

_____