



Grupo de Planificación del VIH (HPG) Condado de San Diego

SOLICITUD DE MEMBRESIA

La misión del Grupo de Planificación del VIH es planificar la prestación de servicios relacionados con el VIH para reducir el impacto del VIH. A fin de ayudarnos a tramitar su solicitud de membresía para participar en el Grupo de Planificación del VIH, proporcione toda la información que se le solicita. Puede escribir N/A (no aplica), según corresponda. **Por favor, escriba en letra de molde o imprenta claramente.** Si no comprende alguna parte de la solicitud, comuníquese con el personal de apoyo del Grupo de Planificación de VIH de la División del VIH, ETS y Hepatitis (HSHB, por sus siglas en inglés) de los Servicios de Salud Pública al: 619-293-4700.

Sección 1: Información de Contacto

Nombre:

Dirección de casa:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Región/área de residencia:

CENTRAL SOUTH BAY EAST COUNTY NORTH CENTRAL NORTH COASTAL NORTH INLAND

Número de teléfono de casa: ()

Lugar actual de empleo (si corresponde):

Dirección del trabajo:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono del trabajo: ()

Número de teléfono celular: ()

¿Acepta mensajes de texto? Sí No

Correo electrónico:

(personal)

(trabajo)

Número de fax (si está disponible):

()

Tenga en cuenta que el Grupo de Planificación del VIH es un organismo público. Recibirá correspondencia por correo y llamadas telefónicas de la División del VIH, ETS y Hepatitis y de miembros del Grupo de Planificación de VIH. ¿Prefiere recibir llamadas telefónicas, mensajes y/o correos electrónicos en su casa o trabajo?

Prefiero recibir llamadas y mensajes al número de teléfono de: Casa Trabajo Celular

Prefiero recibir correos electrónicos a la dirección de: Casa Trabajo

Sección 2: Información Personal

Se requiere que la conformación del Grupo de Planificación de VIH (1) refleje la demografía de la epidemia del VIH/SIDA en el Condado de San Diego, (2) incluya representación de una variedad de categorías obligatorias a nivel federal y 3) incluya la representación de las comunidades afectadas. En el presente formulario, las categorías de género, raza/etnia y estado del VIH son aquellas requeridas por nuestra fuente de fondos federales, para monitorear y medir la reflectividad y representación en el Grupo de Planificación del VIH. Al proporcionar información para las siguientes secciones A-J, usted ayudará a garantizar que el Grupo de Planificación del VIH refleje la igualdad, la inclusión y la representación (PIR, por sus siglas en inglés) de las personas afectadas por el VIH/SIDA en el Condado de San Diego.

A. Soy: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual masculino <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual femenino					
B. Soy una persona que vive con VIH/SIDA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no declarar (NOTA: Esta información solo estará disponible para el Comité de Membresías del Grupo de Planificación del VIH y el personal de apoyo) Si la respuesta es "sí", como miembro del Grupo de planificación del VIH, ¿estoy dispuesto a identificarme como una persona que vive con VIH/SIDA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
C. Mi raza es (por favor, marque la opción más prominente): <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No lo sé </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No lo sé	
<input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No lo sé				
D. Mi etnicidad es: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> No lo sé					
E. Mi fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____					
F. Entiendo el proceso y los procedimientos del HPG: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
G. Cantidad de reuniones del HPG a las que asistió en los últimos 12 meses: ____					
H. Cantidad de reuniones del subcomité a las que asistió en los últimos 12 meses: ____					
I. Soy <u>miembro</u> actual de los siguientes grupos de enlace con la comunidad: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Coalición de Acción Basada en la Fe (FBAC, por sus siglas en inglés) </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Consejo de Liderazgo Juvenil del VIH </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Otro: (incluye comités de HPG, por sus siglas en Inglés) _____ </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Coalición de Acción Basada en la Fe (FBAC, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Consejo de Liderazgo Juvenil del VIH	<input type="checkbox"/> Otro: (incluye comités de HPG, por sus siglas en Inglés) _____
<input type="checkbox"/> Coalición de Acción Basada en la Fe (FBAC, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Consejo de Liderazgo Juvenil del VIH	<input type="checkbox"/> Otro: (incluye comités de HPG, por sus siglas en Inglés) _____			
J. Me interesa ser miembro con plena capacidad de voto de los siguientes comités: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Comité de la Asociación CARE <input type="checkbox"/> Comité de Consumidores del VIH <input type="checkbox"/> Comité de Evaluación de Necesidades y Participación Comunitaria </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Comité de Estándares No Médicos y Evaluación <input type="checkbox"/> Comité de Estándares Médicos y Evaluación </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Comité de Membresías <input type="checkbox"/> Comité de Designación de Prioridades y Asignación de Recursos <input type="checkbox"/> Comité de Estrategias </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Comité de la Asociación CARE <input type="checkbox"/> Comité de Consumidores del VIH <input type="checkbox"/> Comité de Evaluación de Necesidades y Participación Comunitaria	<input type="checkbox"/> Comité de Estándares No Médicos y Evaluación <input type="checkbox"/> Comité de Estándares Médicos y Evaluación	<input type="checkbox"/> Comité de Membresías <input type="checkbox"/> Comité de Designación de Prioridades y Asignación de Recursos <input type="checkbox"/> Comité de Estrategias
<input type="checkbox"/> Comité de la Asociación CARE <input type="checkbox"/> Comité de Consumidores del VIH <input type="checkbox"/> Comité de Evaluación de Necesidades y Participación Comunitaria	<input type="checkbox"/> Comité de Estándares No Médicos y Evaluación <input type="checkbox"/> Comité de Estándares Médicos y Evaluación	<input type="checkbox"/> Comité de Membresías <input type="checkbox"/> Comité de Designación de Prioridades y Asignación de Recursos <input type="checkbox"/> Comité de Estrategias			

K. Califico para ser miembro del HPG en uno de los siguientes puestos (marque todas las opciones que correspondan):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consumidor no Afiliado (una persona que vive con VIH o SIDA que utiliza servicios Ryan White Part A) | <input type="checkbox"/> Representante de personas que anteriormente fueron prisioneros federales, estatales o locales y fueron liberados de la custodia del sistema penal durante los últimos tres años y tenían el VIH/SIDA a partir de la fecha de liberación. |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de Atención Médica, incluido el Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Persona Designada de la Junta de Supervisores: Distritos 1 – 5 |
| <input type="checkbox"/> Organización de base comunitaria al servicio de las poblaciones afectadas y la organización de servicios para el SIDA. | <input type="checkbox"/> Beneficiario de otros Programas Federales para el VIH- Proveedor de Prevención |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios Sociales | <input type="checkbox"/> Beneficiario de Otros Programas Federales del VIH- Parte F, Centro de Educación y Capacitación Contra el SIDA y/o Proveedor Dental de Ryan White |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Beneficiario de otros Programas Federales para el VIH- HOPWA/HUD |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de Tratamiento para el Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Beneficiario de otros Programas Federales para el VIH- Administración de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Agencia de Salud Pública Local: Director de HHSa o Persona Designada | <input type="checkbox"/> Representante de Pruebas del VIH |
| <input type="checkbox"/> Agencia de Salud Pública Local: Funcionario de Salud Pública o Persona Designada | <input type="checkbox"/> Representante de Intervención de Prevención |
| <input type="checkbox"/> Agencia de Planificación Hospitalaria o Agencia de Planificación de Atención Médica | <input type="checkbox"/> Comunidad afectada, incluidas personas con VIH/SIDA, miembro de una tribu indígena reconocida federalmente como representada en la población, personas coinfectadas con Hepatitis B o C y grupo y/o subpoblación históricamente desatendida |
| <input type="checkbox"/> Líder Comunitario no Electo | |
| <input type="checkbox"/> Consumidor/Defensor de Servicios de Prevención | |
| <input type="checkbox"/> Consumidor de Servicios de Prevención | |
| <input type="checkbox"/> Medicaid Gubernamental-Estatal del Estado | |
| <input type="checkbox"/> Parte B de la Oficina sobre el SIDA (OA) del CDPH y Gubernamental-Estatal | |
| <input type="checkbox"/> Beneficiario de la Parte C de RW | |
| <input type="checkbox"/> Beneficiario de la Parte D de RW | |

Por favor enumere las afiliaciones de agencias (y/o miembros de la Junta). Si necesita más espacio del que se le proporciona, adjunte una hoja de papel por separado.

Sección 3: Respuesta Breve

Por favor, responda brevemente a las siguientes preguntas. Si necesita más espacio del que se le proporciona, adjunte una hoja de papel por separado.

1. La capacidad de trabajar como miembro de un equipo de un grupo grande y diverso es crucial para realizar el trabajo del Grupo de Planificación del VIH. El trabajo en equipo permite al grupo de planificación

realizar sus actividades de manera eficiente y cumplir su misión con éxito. **Por favor, cuéntenos sobre su capacidad para trabajar como miembro de un equipo.**

2. **¿Qué habilidades especiales, conocimientos, cualidades o experiencia de vida ofrecería al Grupo de Planificación del VIH?** Incluya una lista de títulos educativos y profesionales, certificaciones, credenciales u otras experiencias. Puede adjuntar su currículum vitae actual si lo desea.

3. La participación de los miembros es vital para realizar el trabajo del Grupo de Planificación del VIH (HPG). Por lo general, el HPG se reúne una vez al mes de dos a tres horas. Los miembros del Grupo de Planificación del VIH también deben participar en al menos un subcomité, que, por lo general, se reúne una vez al mes durante dos horas. **Por favor, cuéntenos sobre su capacidad para asistir a las reuniones mensuales del grupo de planificación y a una reunión del comité cada mes.**

4. **¿Hay algo más que quiera que sepamos sobre usted?**

Sección 4: Anexos

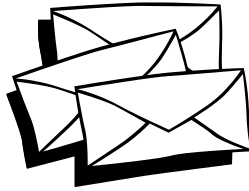
1. **Carta de recomendación (opcional):** Pídale a alguien que lo conozca bien (puede ser un colega o un miembro del personal) que escriba una carta de recomendación en la que explique cómo lo conoce y describa su trabajo en el área del VIH/SIDA y otros temas, sus participaciones en la comunidad, sus habilidades de reunión y cualquier otra cualidad personal o experiencia que tenga.
2. **Biografía breve:** Escriba una biografía breve (de 2 a 5 oraciones) que describa sus intereses, logros y experiencia relacionada en el campo del VIH/SIDA.

Sección 5: Firma y fecha

Acepto que la información que proporcioné en esta solicitud (incluidos los anexos), es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma _____ Fecha _____

Si cambia algún tipo de información de su solicitud, o si desea excluir su solicitud de la consideración del Comité de Membresías del Grupo de Planificación del VIH, comuníquese con la División del VIH, ETS y Hepatitis lo antes posible. Tenga en cuenta que las entrevistas para membresías se llevarán a cabo según sean necesarias. Si tiene alguna otra pregunta o comentario, llame al personal de asistencia al 619-293-4700.



Envíe por correo, fax o correo electrónico su solicitud completa a:

SAN DIEGO COUNTY HEALTH & HUMAN SERVICES AGENCY

HIV, STD and Hepatitis Branch

ATTN: HIV PLANNING GROUP SUPPORT

3851 Rosecrans Street, Suite #207, MS: P-505

San Diego, CA 92110-3115

FAX: (619)-296-2688

Correo electrónico: HPG.HHSA@sdcounty.ca.gov