

Consejo Asesor Juvenil del Distrito de Salud de Chelan-Douglas



Solicitud de Nuevo Miembro

La aplicación en inglés y español se encuentra en
Recursos de la Comunidad en
www.cdhd.wa.gov.

Consejo Asesor Juvenil del Distrito de Salud de Chelan-Douglas

Únase a la Junta Asesora Juvenil de Chelan-Douglas (abreviado CDHDYAB):

Distrito de Salud de Chelan-Douglas está buscando jóvenes y adultos jóvenes dedicados y entusiastas para representar nuestros dos condados. CDHD ofrecerá oportunidades para desarrollar habilidades de liderazgo a través de capacitación y experiencia práctica.

CDHDYAB Misión: Fortalecer la salud de nuestra comunidad mediante la colaboración con jóvenes que están dedicados a la salud y seguridad de su comunidad.

¿Qué hace CDHDYAB?

Los miembros se reunirán regularmente para compartir ideas, discutir y hacer recomendaciones sobre temas de salud adolescente, y revisar los programas y políticas existentes dirigidos a la juventud. Los miembros revisan y dan retroalimentación sobre materiales de salud como volantes, encuestas, proyectos/programas y páginas web.

¿Cuáles son los objetivos del CDHDYAB?

- ♦ Identificar los desafíos y barreras que enfrentan los jóvenes para acceder y utilizar los servicios y sistemas de atención médica.
- ♦ Identificar los temas de salud importantes para los jóvenes.
- ♦ Compartir soluciones e innovaciones necesarias para apoyar a los jóvenes a alcanzar una salud y bienestar óptimos.

¿A quién va dirigido la solicitud?

- ♦ Estudiantes de los grados 9 a 12 que puedan comprometerse a reuniones una vez al mes durante el año escolar.
- ♦ Los miembros asistirán a reuniones mensuales los miércoles de 4:00 a 5:00 p.m.
- ♦ Estudiantes que están entusiasmados por hacer una diferencia en su comunidad.
- ♦ Tener interés en desarrollar habilidades de liderazgo.
- ♦ Tener una actitud positiva y una pasión por aprender.
- ♦ Horas de voluntariado disponibles para esto a solicitud.

Lista de verificación de la solicitud:

- ☐ **Complete la solicitud**
- ☐ **Firme el compromiso del participante**
- ☐ **Obtenga el consentimiento parental**
- ☐ **Obtenga un formulario de referencia completo.**
- ☐ **Responda a las preguntas de respuesta corta**
- ☐ **Envíe la solicitud junto con un formulario de referencia completo**

Requisitos del formulario de referencia:

- **Completado por un profesional (no miembro de la familia) (Ejemplos: profesor, entrenador, mentor, jefe)**

Envíe las solicitudes completas a: lisa.pilkinton@cdhd.wa.gov

O deje en 200 Valley Mall Parkway, East Wenatchee.

Consejo Asesor Juvenil del Distrito de Salud de Chelan-Douglas

Solicitud de Nuevo Miembro

Nombre y Apellido (Legal): _____

Nombre preferido: _____ Pronombres: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Asistiendo a la escuela: _____ Grado: _____

Nombre del padre/Guardia: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia 1: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia 2: _____ Teléfono: _____

Compromiso de Participante:

Se espera que los miembros asistan a una reunión por mes. Como miembro del CDHDYAB, usted asistirá en la planificación o voluntariado con la educación en salud en nuestra comunidad. Si no puede mantener las horas de voluntariado, su lugar quedará disponible para un nuevo miembro. Su firma a continuación constituye un compromiso de que entiende y seguirá los requisitos de la Junta Asesora Juvenil de Chelan-Douglas. Usted acepta que ha leído y está de acuerdo con los requisitos mencionados anteriormente:

Autorización de Fotografía y Video

Por la presente, doy permiso al Distrito de Salud de Chelan-Douglas para utilizar mi nombre, fotografía y video en todas las formas y medios para publicidad, promoción, fines educativos y cualquier otro propósito legal.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del participante: _____

Consentimiento Parental:

Su hijo está solicitando convertirse en miembro de la Junta Asesora Juvenil de Chelan-Douglas, un grupo de estudiantes de secundaria comprometidos con la salud y seguridad de su comunidad.

Este compromiso requerirá dedicación (una reunión al mes de 4:00 a 5:00) por parte del solicitante y apoyo de su parte también.

Yo, el abajo firmante, asumo todos los riesgos y peligros incidentales a la participación en las Actividades de Comunicación del Distrito de Salud de Chelan-Douglas y por la presente renuncio, libero, absuelvo, indemnizo y acepto mantener indemne al Distrito de Salud de Chelan-Douglas y a sus empleados, supervisores y participantes de cualquier reclamación que surja de cualquier lesión, daño o pérdida personal sufrida por mi hijo en relación con las actividades y eventos patrocinados o co-patrocinados por el Distrito de Salud de Chelan-Douglas.

Autorización de Fotografía y Video

Por la presente, doy permiso al Distrito de Salud de Chelan-Douglas para utilizar el nombre y la fotografía y video de mi hijo en todas las formas y medios para publicidad, promoción, fines educativos y cualquier otro propósito legal.

Nombre impreso del estudiante: _____

Firma del padre/Guardia: _____

Nombre en letra de imprenta del padre/Guardia: _____

Fecha: _____

Por favor, escriba o tipeé sus respuestas de manera legible a las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué le gustaría unirse a la Junta Asesora Juvenil del Distrito de Salud de Chelan-Douglas?
¿Qué fortalezas o habilidades contribuiría?
2. ¿Por qué considera que es importante que los jóvenes compartan sus preocupaciones o pensamientos sobre la salud y seguridad de nuestra comunidad?
3. ¿Cuál cree que debería ser el enfoque del Consejo Asesor de la Juventud?
4. Las reuniones se llevan a cabo una vez al mes los miércoles por la tarde de 4 a 5:00 p.m. en lugares rotativos. ¿Habrá algo que le impida asistir a estas reuniones: clubes, deportes, trabajo, etc.?
5. ¿Qué canción le gustaría que escucháramos mientras leemos su solicitud y por qué?

Formulario de referencia del Consejo Asesor Juvenil del Distrito de Salud de Chelan-Douglas

Referencia: Usted está recibiendo este formulario porque el solicitante a continuación está solicitando unirse a la Junta Asesora Juvenil de Chelan-Douglas (CDHDYAB). Su opinión puede ayudarles en sus esfuerzos por unirse. Por favor, devuelva este formulario al solicitante y ellos presentarán esta recomendación junto con otras partes de su solicitud.

Acerca de la Junta Asesora Juvenil de Chelan-Douglas: CDHDYAB es un grupo de estudiantes de secundaria dedicados que desean hacer una diferencia en la salud y seguridad de nuestra comunidad. Este es un compromiso de 3 meses que incluye una reunión mensual y la oportunidad de ser voluntario en eventos comunitarios. El CDHDYAB ofrecerá oportunidades para desarrollar habilidades de liderazgo, referencias y adquirir experiencia como voluntario. Si tiene alguna pregunta, envíenos un correo electrónico a: lisa.pilkinton@cdhd.wa.gov

Nombre del solicitante: _____

Nombre de referencia: _____

¿Cuál es su relación con el solicitante? _____

¿Cuánto tiempo ha conocido al solicitante? _____

¿Por qué cree que este solicitante sería un miembro valioso de nuestro Consejo Asesor Juvenil?

Por favor, enumere cualquier experiencia o situación que resalte el carácter, la confiabilidad, las habilidades para resolver problemas o las capacidades de liderazgo del solicitante.

Firma de referencia: _____ Fecha: _____

Número de teléfono de referencia: _____

Correo electrónico: _____

