Kentucky HIV/AIDS Planning and Advisory Council
Consejo Asesor y de Planificación sobre el VIH/SIDA de Kentucky

Solicitud

A quien interese:

Gracias de antemano por su interés en participar en el Consejo Asesor y de Planificación sobre el VIH/SIDA de Kentucky (KHPAC, por sus siglas en inglés). Los que participamos con KHPAC tomamos nuestro trabajo seriamente y estamos comprometidos a la Prevención, Cuidado y Legislación de VIH/SIDA en el Estado de Kentucky.

KHPAC opera bajo los mandatos de tres organizaciones separadas y distintas, el Estado de Kentucky, la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Para cumplir con los requisitos de afiliación de CDC, de HRSA y Legislativos, KHPAC se esfuerza por tener una afiliación que represente a todas las comunidades afectadas por VIH/SIDA en Kentucky. Por lo tanto, se les pide a los solicitantes que provean información demográfica, de pericia y de experiencia que ayudará en este proceso de selección. Por favor tenga por seguro que toda la información provista por solicitantes se mantiene estrictamente confidencial. Se guardan las solicitudes en un archivador cerrado con llave dentro de una oficina cerrada con llave, y son vistas solamente por el comité de afiliación de KHPAC, así como el Administrador de KHPAC.

También se le pide a cada solicitante que provea una carta de recomendación de un amigo o colega. Favor de llenar la solicitud adjunta y devolverla a:

Kambe Mwale Lattimore
Kentucky Department for Public Health
HIV/AIDS Branch
275 E. Main St. HS2E-C
Frankfort, KY 40621

Kambe se comunicará con usted dentro de una semana a partir de haber recibido su solicitud.

Si usted tiene cualquier pregunta por favor no dude en llamar a Kambe al 1-800-420-7431.

Atentamente,

Stephen Ulrich, Copresidente Estatal

Robert E. Stone, Copresidente Comunitario

Kambe Mwale Lattimore, Administrador de KHPAC

Kentucky HIV/AIDS Planning and Advisory Council
Consejo Asesor y de Planificación sobre el VIH/SIDA de Kentucky
Formulario de Solicitud de Afiliación
(Favor de escribir claramente)

Nombre: _____

Dirección: _____
_____
_____

Teléfono: _____

Teléfono Alternativo: _____

Fax: _____

Correo electrónico: _____

Datos demográficos Favor de marcar los grupos demográficos con los cuales se identifica.

1. Edad

☐ 19 – 24 ☐ 35 – 44
☐ 25 – 34 ☐ 45+

2. Sexo

☐ Femenino/Mujer ☐ Masculino/Hombre
☐ Transgénero Femenino ☐ Transgénero Masculino
☐ Otro _____

3. Orientación Sexual

☐ Heterosexual ☐ Gay ☐ Lesbiana
☐ Bisexual ☐ Otro (Favor de especificar) _____
☐ Desconocido ☐ Ninguna respuesta

4. Etnicidad

☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/No Latino

5. Raza (Escoger más de una si aplica)

☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático

☐ Indígena de América o Nativo de Alaska

☐ Nativo de Hawaii u otro isleño del Pacífico

☐ Blanco o Europeo-Americano ☐ Ninguna respuesta

Formación o Experiencia Professional Favor de marcar todos los que aplican.

☐ Si ninguno de estos aplica, favor de escribir su experiencia abajo

☐ Ciencia conductual o social

☐ Planificación o administración de salud

☐ Evaluación de programas

☐ Epidemiología

☐ Especialista en la intervención

☐ Política o legislación

☐ Consejería y exámenes de VIH

Afiliación de Agencia/Organización Favor de marcar todos los que aplican y escribir el nombre

- ☐ No es representante de agencia/comunidad _____
- ☐ Cuidado de VIH y servicio social _____
- ☐ Organización basada en la comunidad (CBO, por sus siglas en inglés) con junta minoritaria _____
- ☐ Organización basada en la comunidad (CBO, por sus siglas en inglés) con junta no minoritaria _____
- ☐ Comunidad de fe _____
- ☐ Departamento de salud local _____
- ☐ Institución académica/centro de investigaciones _____
- ☐ Otro sin fines de lucro _____
- ☐ Comercial y laboral _____
- ☐ Servicios de abuso de sustancias _____
- ☐ Servicios de salud mental _____
- ☐ Servicios a personas sin hogar _____
- ☐ Legal _____
- ☐ Agencias de la Educación Estatales/Locales _____
- ☐ Otro _____

Poblaciones de riesgo (marcar TODOS que aplican a usted personalmente)
Favor de indicar poblaciones cuyas perspectivas usted representa a través de experiencia de la vida personal (pasada o presente).

- ☐ Hombres que tienen sexo con hombres (MSM, por sus siglas en inglés)
- ☐ Heterosexual de alto riesgo
- ☐ Consumidor de drogas por inyección (IDU, por sus siglas en inglés)
- ☐ No es parte de una población específica a riesgo de VIH

Estado de VIH (Opcional)

- ☐ VIH +
- ☐ VIH –
- ☐ Desconocido
- ☐ Se niega a declarar

Experiencia de la vida
Favor de marcar todos de los siguientes grupos que le describen a usted personalmente y/o cuya perspectiva usted podría representar (en el pasado o en el presente):

- ☐ Comercio sexual
- ☐ Estar sin hogar
- ☐ Violencia doméstica
- ☐ Encarcelamiento
- ☐ Violación/Abuso Sexual
- ☐ Historia de abuso de sustancias
- ☐ Historia de enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Pareja o familia de una persona que tiene VIH/SIDA (PLWHA, por sus siglas en inglés)
- ☐ Historia de tuberculosis
- ☐ Otro (Favor de especificar) _____

Información adicional
Favor de escribir cualquier información adicional que usted cree que podría ser de ayuda en la revisión de su solicitud.

ESTADO DE KENTUCKY

INFORMACIÓN PARA JUNTAS Y COMISIONES

Devolver el formulario llenado a:

Cabinet for Family and Health Services' Council Under Consideration
Consejo Bajo Consideración para el Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia
Kentucky HIV/AIDS Planning and Advisory Council
Consejo Asesor y de Planificación sobre el VIH/SIDA de Kentucky

Su nombre (apellido, 1r y 2do nombres) Sr. Srta. Sra.	Condado	Distrito del Congreso	D. del Senado de KY	D. de la Cámara de Reps. de KY

Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	¿Está discapacitado? Sí No ¿Es Ud. un veterano? Sí No

Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	*Afiliación de partido (marcar uno) Demócrata Republicano Independiente	Raza

Su ocupación	Teléfono y fax de trabajo	Teléfono de hogar
Empleador actual	Dirección de trabajo	
Nombre de su esposo/a	Empleador de su esposo/a	

EDUCACIÓN Y CUALIFICACIONES GENERALES

Nivel	Nombre de la Escuela	Núm. de años que asistió	¿Tiene un diploma/GED?	Curso(s) de estudios principales
Escuela Secundaria				
Universidad/Otro				

Escribir afiliaciones en organizaciones. También indicar posiciones actuales con partido político u organización. Indicar cualquier puesto público que tiene ahora.	

*Necesario para cumplir con leyes estatales respecto al balance.

HA SIDO CONVICTO ALGUNA VEZ DE UN DELITO GRAVE? ____ SI RESPONDE SÍ, FAVOR DE INDICAR EL CARGO, LA FECHA Y EL LUGAR:

_____

USTED O MIEMBROS DE SU FAMILIA RECIBEN ALGÚN SERVICIO OFRECIDO POR EL ESTADO? ____
SI RESPONDE QUE SÍ, FAVOR DE ESPECIFICAR:

_____

REFERENCIAS (Nombre a dos personas que no son parientes suyos, a quienes ha conocido por lo menos un año.)

Nombre	Dirección	Número de teléfono	Núm. de años de conocido

CURRÍCULUM VITAE ACTUAL PUEDE SER ADJUNTADO A ESTE FORMULARIO.

Firma	Fecha