



Aplicación para la Mesa Directiva

Nombre: _____ **Ocupación:** _____

Dirección: _____ **Teléfono (Casa):** _____

_____ **Teléfono Celular:** _____

Correo Electrónico (E-mail): _____ **Teléfono (Trabajo):** _____

Marque la clase o las clases de membresía de la Mesa que está solicitando:

- Consumidor:** representante de la población de pacientes atendidos por UHC que depende de UHC para su atención de salud habitual y recurrente.
- Trabajador agrícola migrante o de temporada:** un individuo cuya ocupación principal es la agricultura - migrante o por temporada - o un miembro de su familia inmediata.
- General:** representante de grupos selectos de salud, negocios, servicios sociales u otros grupos comunitarios que están interesados en las necesidades de salud de la población.

- Hombre **Grupo de Edad:** 17 o menor 30 – 44 60 o mayor
 Mujer 18 – 29 45 – 59

¿Tiene algún familiar directo que sea empleado de UHC? Sí No

(Familiar directo se define como su cónyuge, concubino/a, hijos, padres, hermanos, abuelos, nietos, familia política respectiva, o cualquier dependiente legal)

Marque la educación o destrezas con las que contribuiría a nuestra Mesa Directiva:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contabilidad / Finanzas | <input type="checkbox"/> Administración | <input type="checkbox"/> Relaciones públicas |
| <input type="checkbox"/> Inversiones | <input type="checkbox"/> Mercadotecnia / Planificación | <input type="checkbox"/> Experiencia en servicios sociales |
| <input type="checkbox"/> Relaciones con la comunidad | <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Oratoria en público |
| <input type="checkbox"/> Experiencia en atención a la salud | <input type="checkbox"/> Grupos de cabildeo | <input type="checkbox"/> Derecho y asuntos jurídicos |
| <input type="checkbox"/> Experiencia en bienes raíces | <input type="checkbox"/> Recaudación de fondos | <input type="checkbox"/> Experiencia en Mesas sin fines de lucro |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

En qué otras Mesas Directivas ha participado:

Nombre de la Mesa

Ciudad

Cargo ocupado (si ocupó alguno)

Años en esta Mesa

Nombre de la Mesa

Ciudad

Cargo ocupado (si ocupó alguno)

Años en esta Mesa

¿En qué actividades de caridad o comunitarias ha participado?

¿Puede asistir regularmente a las reuniones de la Mesa? Sí No ¿Conflictos? _____

¿Cuántas horas por mes, además de las reuniones, podría servir en esta organización? _____

¿Cuál es su interés en esta organización?

Señale en cuál de los siguientes comités tiene experiencia o interés (puede marcar más de uno):

- Mejora de Calidad
- Personal / Quejas
- Nominaciones

- Finanzas / Auditoría
- Estatutos

Escriba una breve declaración sobre su comprensión de la misión de esta organización.

Declaración De Misión:

“Nuestro empeño es el perpetuo bienestar de nuestras comunidades, al brindar un cuidado de salud completo, de calidad, y accesible para todos, incluyendo a familias de trabajadores del campo, los desamparados y los necesitados, con compasión y respeto, sin importar su capacidad de pagar”

Firma

Fecha

For UHC Use Only:

Date received: _____

Date to Committee: _____

Date to Board: _____