

Solicitud para ser miembro del Grupo de Planificación para la Prevención del VIH
(por sus siglas en inglés, HPG)

Instrucciones/Información de la solicitud		
<ul style="list-style-type: none"> Las solicitudes se aceptan de manera continua durante todo el año. El HPG designará nuevos miembros anualmente para un período de tres años, comenzando el 1 de enero (o en otra fechas, según resulte necesario) El HPG representa a una diversa comunidad de personas en todo el territorio del estado de Pennsylvania que se han visto afectadas por el VIH/SIDA. Los solicitantes deben proporcionar información demográfica y personal, así como información sobre su experiencia anterior para alcanzar la visión, misión y valores del grupo. 		
Información sobre el solicitante		
Nombre y apellido:		
Dirección particular:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono principal:	Teléfono secundario:	
Correo electrónico:		
Empleador:		
Dirección del empleo:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Información de contacto en caso de emergencia		
Nombre completo de la persona a contactar:		
Relación con el solicitante:		
Teléfono principal	Teléfono secundario:	
Correo electrónico:		
Representación geográfica		
Región: _____ (si no está seguro, dejar en blanco)	Según sus conocimientos y experiencia, ¿a qué tipo de población representa mejor? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Suburbana <input type="checkbox"/> Rural 	
Condado: _____		
Participación en grupos		
¿Ha participado en algún otro grupo de asesoramiento comunitario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es "Sí", ¿en qué grupo(s)? _____		

Información demográfica		
Edad: <input type="checkbox"/> 13-17 <input type="checkbox"/> 18-19 <input type="checkbox"/> 20-29 <input type="checkbox"/> 30-39 <input type="checkbox"/> 40-49 <input type="checkbox"/> 50-59 <input type="checkbox"/> Más de 59 <input type="checkbox"/> Prefiere no decir	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transexual (femenino a masculino) <input type="checkbox"/> Transexual (masculino a femenino) <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decir	Educación: <input type="checkbox"/> Menos que el nivel secundario <input type="checkbox"/> Nivel secundario incompleto <input type="checkbox"/> Título secundario/GED <input type="checkbox"/> Nivel universitario incompleto <input type="checkbox"/> Otra educación terciaria <input type="checkbox"/> Título universitario de grado <input type="checkbox"/> Título de posgrado <input type="checkbox"/> Prefiere no decir
Raza (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Afroamericano o negro <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico o blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Prefiere no decir	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Prefiere no decir	Categoría de riesgo (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> IDU o UDI (usa drogas inyectables)/comparte agujas <input type="checkbox"/> MSM o HSH (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) <input type="checkbox"/> Más de un riesgo <input type="checkbox"/> Prefiere no decir <input type="checkbox"/> No se aplica
Afiliaciones, experiencia y representación (marque todas las opciones que correspondan)		
Sus afiliaciones: <input type="checkbox"/> Beneficiario de la Parte A <input type="checkbox"/> Beneficiario de la Parte B <input type="checkbox"/> Beneficiario de la Parte C <input type="checkbox"/> Beneficiario de la Parte D <input type="checkbox"/> Beneficiario de la Parte E <input type="checkbox"/> Beneficiario de la Parte F <input type="checkbox"/> MAI (Iniciativa sobre el SIDA para las Minorías) <input type="checkbox"/> EIS (Servicios de Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> Organización comunitaria que <u>no</u> brinda servicios de VIH <input type="checkbox"/> Departamento de salud pública <input type="checkbox"/> Institución académica <input type="checkbox"/> Organización religiosa <input type="checkbox"/> Organización de investigación <input type="checkbox"/> Otras (especifique; por ej.: correccional, salud mental, consumo de sustancias, etc.) _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	Su experiencia: <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental <input type="checkbox"/> Educación o capacitación <input type="checkbox"/> Epidemiología <input type="checkbox"/> PLWHA (personas que viven con el VIH/SIDA) <input type="checkbox"/> Prestación de servicios de salud/VIH <input type="checkbox"/> Trabajo social/administración de casos <input type="checkbox"/> Evaluación de programas <input type="checkbox"/> Defensa <input type="checkbox"/> Vivienda/Personas sin hogar <input type="checkbox"/> Correccional <input type="checkbox"/> Servicios por abuso de drogas y alcohol <input type="checkbox"/> Otras (identificar): _____ <input type="checkbox"/> Ninguna	Comunidad a la que representa: <input type="checkbox"/> PLWHA (personas que viven con el VIH/SIDA) <input type="checkbox"/> IDU o UDI (usa drogas inyectables) <input type="checkbox"/> MSM o HSH (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) <input type="checkbox"/> WSW (mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Adolescentes y jóvenes <input type="checkbox"/> Población general <input type="checkbox"/> Miembro de la comunidad <input type="checkbox"/> Otra (identificar): _____ <input type="checkbox"/> Ninguna
De las opciones anteriores, indique su afiliación principal: _____ Indique una afiliación secundaria: _____	De las opciones anteriores, indique su experiencia principal: _____ Indique una experiencia secundaria: _____	De las opciones anteriores, indique su representación principal: _____ Indique una representación secundaria: _____

Describa por qué desea ser miembro del HPG. Incluya la experiencia relevante específica y sus puntos fuertes (puede usar hojas adicionales de ser necesario).

Se respetará la confidencialidad de toda la información demográfica y relativa a la comunidad que representa que haya proporcionado. Dicha información se usará exclusivamente para garantizar que el HPG esté eligiendo miembros que podrán hacer realidad la visión, la misión y los valores de la organización. Es posible que le pidamos que proporcione una o más referencias que estén al tanto de sus afiliaciones, experiencia o representación comunitaria.

Al firmar a continuación, confirmo mi voluntad e interés en ser miembro del HPG y que proporcioné la información que se incluye en esta solicitud según mi leal saber y entender. Autorizo que se verifique la información proporcionada en este formulario en lo que respecta a mis afiliaciones y experiencia.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____