



**Banner**  
**University Health Plans**  
Banner – University Family Care

## **APLICACIÓN DE INGRESO PARA APOYO A MIEMBROS Y CONSEJO CONSULTIVO**

**¡Aceptando aplicaciones!** Estamos buscando por personas, jóvenes y miembros de familia interesados para servir en nuestro Consejo de Apoyo a Miembros y Consejo Consultivo Comunitario.

Todos los miembros del consejo desempeñan un papel importante en guiar cómo servimos a la comunidad y cómo brindamos atención médica.

Su participación también nos ayuda a desarrollar maneras para mejorar los servicios de nuestros miembros.

### **¿Dónde puedo obtener una aplicación?**

Puede encontrar y llenar esta aplicación en nuestro sitio web en [www.bannerufc.com/acc](http://www.bannerufc.com/acc).

Es fácil, nada más haga clic en **“Plan Information”** y después hacer clic en **“Office of Individual and Family Affairs (OIFA)”**.

También puede descargar la aplicación del comité (PDF) en esta página. Solamente llene la aplicación, guárdela y envíela por correo electrónico a la Oficina de Asuntos de Personas y Familias a [oifateam@bannerhealth.com](mailto:oifateam@bannerhealth.com)

También puede enviarla por correo a:

**Banner Corporate Center Mesa**

**ATTN: JoAnne Kautzman, Health Plans Re: B - UFC/ACC Councils**

**525 W. Brown Road., 8th Floor**

**Mesa, AZ. 85201**

### **¿Necesita ayuda?**

Si necesita ayuda con la aplicación, simplemente llame a Colleen McGregor al (480) 827-5988. Si es seleccionado para un comité, nosotros proporcionaremos todo la capacitación y apoyo necesario. Si no tiene acceso al internet en casa, puede ir a una librería pública. Puede que sea mejor que hable por teléfono para checar si la librería está abierta y si hay computadores disponibles.

**BANNER – UNIVERSITY FAMILY CARE/ACC  
APLICACIÓN DE INGRESO PARA EL COMITÉ****Fecha:****Nombre:***Nombre**Inicial**Apellido***Dirección:***Calle**Ciudad**C.P.***Teléfono:****Correo Electrónico:****Edad:**

14-17

18-25

26-35

36-45

46-52

53+

**Sexo:**

Male

Female

*(Si se identifica de otra manera favor de llenar)***¡La diversidad es importante! Díganos acerca de su etnicidad y/o herencia cultural:****Marque todos los que correspondan:**

Tengo experiencia vivida

Soy un miembro de familia de un ADULTO recibiendo servicios

Soy un miembro de familia de un NIÑO recibiendo servicios

Soy un adolescente/Joven recibiendo servicios

Soy miembro de la comunidad y/o defensor

Soy proveedor de salud mental o empleado

**Asociación Tribal**

Sí. Nombre de la tribu:

No

Prefiero no contestar

**¿Cómo se enteró de los Consejos de Banner – University Family Care?**

Experiencia vivida/amigo

Proveedor

NAMI

Consejo Consultivo de Vecinos

Coalición/Evento Comunitario

Otro

**Díganos cuál comité le gustaría ser parte de:**

Consejo Defensor de Miembros

Subcomité Consultivo Juvenil

Consejo Consultivo Comunitario

**¿Tiene transporte?**            Sí                            No

**Escriba las horas que estaría disponible para participar en el consejo:**

**Díganos sobre su experiencia y conocimiento en las siguientes áreas. Explique cómo beneficiaría al consejo o consejos en los cuales participaría.**

**Recuperación de salud física y/o comportamental, apoyo y/o defensoría:**

**Participación familiar, juvenil y/o de experiencia vivida (Sistema de atención médica física y/o de salud comportamental de adulto y/o niños):**

**Educación, destrezas, certificaciones y otros intereses que le gustaría que consideremos:**

**Consejos de salud estatales/locales, físicos y/o comportamentales/juntas/organizaciones de las que haya sido parte en los últimos cinco años:**

**Experiencia de voluntario y/o trabajo en política de Arizona, servicios de recuperación, prevención u otras áreas del sistema de salud comportamental:**

Firma:

Fecha: