



Solicitud al Consejo Asesor del Consumidor de Oregon

Fecha límite el 25 de octubre de 2021 a las 11:59 p. m.

Antecedentes

El Consejo Asesor del Consumidor de Oregon (Oregon Consumer Advisory Council, OCAC) hace recomendaciones al Oregon Health Authority (OHA). El propósito del Consejo es aportar ideas sobre las normas y los servicios de salud conductual. El Consejo quiere aportar ideas a partir de una variedad de puntos de vista dentro de la comunidad de consumidores.

El Consejo está en el estatuto. Las Normas administrativas de Oregon que gobiernan la membresía del Consejo son las siguientes:

- (1) Los miembros serán nombrados por la Persona designada por el Director, teniendo en cuenta las recomendaciones del OCAC, y serán nombrados por un período de tres años después de la aceptación por escrito de la oferta.
- (2) Los miembros de la comunidad (CAC) estarán conformados por entre 15 y 25 consumidores, y la selección se esforzará por representar:
 - (a) Una amplia gama de edades, padres/madres o tutores de niños¹, jóvenes en transición² (de 16 a 25 años), adultos de 55 años o más;
 - (b) Una variedad de culturas y etnias;
 - (c) Una división aproximada de género; y
 - (d) Un equilibrio de áreas geográficas dentro del estado.

¹Un/una joven o un padre/madre calificado/a es una persona que tiene 15 años de edad o menos, y que tiene el consentimiento de un padre/madre o tutor para participar en el OCAC, o que es el padre/madre de un niño que actualmente tiene 15 años de edad o menos que ha recibido o está recibiendo servicios de salud mental o por adicciones.

² Adulto joven en transición es un adulto joven entre los 16 y 25 años de edad (si la persona es menor de 18 años, debe tener el consentimiento del padre/madre o tutor, excepto en el caso de un joven emancipado, para participar en el OCAC).

(3) El OHA puede nombrar a cualquier miembro por un segundo período de dos años.

(4) “Ninguna persona podrá ser excluida de servir como miembro del CAC debido a su afiliación en cualquier organización o institución, ni por motivos de raza, origen étnico, afiliación religiosa, género, edad, discapacidad u orientación sexual”.

El OHA define lo siguiente para su uso en la selección de miembros:

El Estatuto Revisado de Oregón (Oregon Revised Statute, ORS) 430.073 describe a un consumidor como "una persona que ha recibido o está recibiendo servicios de salud mental o por adicciones".

Instrucciones

Si desea formar parte del Consejo, debe completar este formulario de solicitud. También debe incluir una carta de recomendación. **La fecha límite es a más tardar a las 11:59 p. m. del 25 de octubre de 2021.**

Consulte el [Documento de evaluación](#), nuestra rúbrica de calificación. En general, las respuestas se califican más alto cuando se proporcionan ejemplos y explicaciones relevantes.

Por ejemplo, al calificar una respuesta a la Pregunta 4 ("¿Por qué desea formar parte del Consejo Asesor del Consumidor de Oregón?"), proporcione las razones específicas con explicaciones".

RESPUESTA	DESCRIPCIÓN	CALIFICACIÓN	EJEMPLO
Ninguna	Sin respuesta dada	0 puntos	[en blanco, sin respuesta]
Mínima	Solo una reafirmación dada	1 punto	Sí. Quiero formar parte del OCAC
Moderada	Razón específica dada sin ninguna información adicional	2 puntos	Quiero brindar servicio porque deseo mejorar el sistema
Máxima	Razón específica dada con elaboración o ejemplos	3 puntos	Quiero mejorar el sistema abordando las brechas de servicio en la comunidad y en todo el estado, tales como las barreras para acceder al apoyo de

			pares para la recuperación de traumas y adicciones.
--	--	--	---

Preguntas de la solicitud

Escriba o imprima sus respuestas. Puede incluir páginas adicionales si se queda sin espacio. Si necesita un formato alternativo o ayuda, comuníquese con nuestra oficina.

Sus respuestas en esta solicitud para un organismo público pasan a formar parte del registro público. Los miembros del Comité de Desarrollo del Consejo revisarán sus respuestas. El personal del OHA que apoya al Consejo y al equipo directivo del OHA también puede revisar sus respuestas.

1. Su nombre:

2. Su información de contacto:

a) Dirección postal preferida:

b) Dirección de correo electrónico preferida:

c) Número de teléfono preferido:

3. ¿Se identifica como consumidor, según se define en la página uno de esta solicitud?

SÍ NO

Nota: Aunque identificarse como consumidor es una elección personal, las leyes y normas de las reuniones públicas rigen las reuniones oficiales de este Consejo. Como miembro, se le identificará como un consumidor que aporta una perspectiva proveniente de su experiencia vivida, sus antecedentes culturales y sus comunidades. Tenga esto en cuenta al presentar su solicitud.

4. ¿Por qué quiere formar parte del Consejo Asesor del Consumidor de Oregón?

Dé las razones específicas con explicaciones.

5. Cuéntenos sobre temas que le interesen y que sean importantes para la comunidad de consumidores/sobrevivientes.

Proporcione detalles.

6. El Consejo Asesor del Consumidor de Oregón aporta ideas, comentarios y recomendaciones al OHA sobre normas y servicios de salud conductual. ¿Cómo ayudaría al Consejo a cumplir esta función?

Proporcione ejemplos específicos con explicaciones.

7. ¿Qué ventajas, conocimientos y/o experiencias aportará al Consejo?

Proporcione ejemplos específicos con explicaciones.

8. Describa su experiencia actual y/o anterior brindando servicio en consejos o comités.

De lo contrario, describa cualquier otra actividad, como, por ejemplo, voluntariado, empleo, comunidad o experiencia vivida. Estas actividades pueden incluir haber trabajado con un grupo de personas con diversos antecedentes y puntos de vista para recopilar ideas, proporcionar comentarios, llegar a un consenso y trabajar hacia objetivos en común.

9. Comparta sus fortalezas en relación con su experiencia al trabajar en consejos o comités, o al realizar otras actividades, como se describe en su respuesta a la Pregunta 8 arriba.

Proporcione ejemplos específicos y explicaciones que destaquen sus fortalezas.

10. Comparta sus desafíos relacionados con su experiencia al trabajar en consejos o comités, o al realizar otras actividades, como se describe en su respuesta a la Pregunta 8 arriba.

Proporcione ejemplos específicos y explicaciones que identifiquen los desafíos que ha encontrado y cómo los abordó. Por ejemplo, ¿utilizó la comunicación no violenta y/o habilidades de resolución de conflictos?

11. Díganos cómo su servicio en el Consejo se ajustará a su camino personal de bienestar, recuperación, crecimiento y desarrollo de liderazgo. ¿Qué beneficios espera obtener a través de su servicio como miembro del Consejo?

12. ¿Se compromete a asistir a las reuniones del Consejo Pleno si es nombrado miembro del Consejo Asesor del Consumidor de Oregón?

El Consejo Pleno del OCAC se reúne en Salem el segundo miércoles de cada mes par. Las reuniones comienzan a la 1 p. m. y finalizan a las 4 p. m. La participación en las reuniones mensuales del subcomité es opcional pero deseable. Los miembros del Consejo pueden asistir a las reuniones en persona, por teléfono (línea gratuita) o en forma virtual por computadora o teléfono inteligente.

SÍ NO

13. ¿Cómo contribuiría a la diversidad general del Consejo? Esta es una pregunta opcional.

La cultura de este Consejo busca y valora la diversidad equitativa y la participación y representación inclusiva de sus funcionarios y miembros. Describa cómo contribuiría a la diversidad general del Consejo.

NOTA: Los siguientes incluyen, entre otras, cosas que las personas consideran al definir su diversidad y puntos de vista: edad, idioma, raza, etnia, estado de inmigración o de refugiado, membresía tribal, afiliaciones a comunidades/redes, herencia cultural, educación/alfabetización, género, orientación sexual, religión/fe/espiritualidad, capacidad/discapacidad, etiquetamiento/diagnóstico psiquiátrico, historial de adicciones, área geográfica, historial de vivienda/residencia, historial de empleo (incluido el voluntariado), participación cívica, historial militar, historial de encarcelamiento, historial familiar, historial de trauma, historial socioeconómico y clase social.

Información demográfica: La siguiente información es voluntaria.

Usamos esta información para poder entender a quién representa actualmente el Consejo en el estado y si estamos llegando a la gente a la que debemos llegar. También sirve para cumplir con los requisitos estatutarios para ser miembro del Consejo.

Edad (marque solo una opción):

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menor de 18 | <input type="checkbox"/> 35-44 | <input type="checkbox"/> 65+ |
| <input type="checkbox"/> 18-24 | <input type="checkbox"/> 45-54 | |
| <input type="checkbox"/> 25-34 | <input type="checkbox"/> 55-64 | |

Identidad de género:

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Transgénero |
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Otra; especifique: _____ |

Orientación sexual (marque solo una opción):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gay o lesbiana | <input type="checkbox"/> Queer |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual; ni gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> Otra; especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | |

Indique cómo se autoidentifica racial y étnicamente. Marque todas las opciones que correspondan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Se niega a responder |
| <input type="checkbox"/> Africano/Afroamericano/Negro | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | |
| <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico | |

Idiomas:

¿En qué idioma quiere que le hablemos?

¿En qué idioma quiere que le escribamos?

¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Necesita un intérprete de lenguaje de señas? Sí No

¿Necesita materiales escritos en un formato alternativo?

- Sí (en caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan a continuación)
- Otro idioma
 - Letra grande
 - Cinta de audio
 - Braille
 - Otro formato; especifique
- No

Área geográfica dentro del estado:

- Frontera: Población de seis personas o menos por milla cuadrada.
- Rural: Tiene una densidad de población central de menos de 1000 personas por milla cuadrada y una densidad de población general mayor de seis personas o menos por milla cuadrada

Urbano: Tiene una densidad de población central de 1000 personas o más por milla cuadrada.

Indique su condado de residencia principal:

Carta de recomendación

Debe proporcionar al Consejo una **carta de recomendación**, además de un formulario de solicitud completado. Esta carta debe explicar por qué usted sería un miembro valioso para el Consejo.

Su **carta de recomendación** debe contener la dirección postal, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico, si está disponible, de la persona que escribe la carta.

NOTA: Los miembros del Comité de Desarrollo del Consejo, y su personal, podrán comunicarse con esta persona directamente.

Fecha límite de la solicitud

La **fecha límite** para la presentación de la solicitud es a las **11:59 p. m. del 25 de octubre de 2021**. El Comité de Desarrollo del Consejo no revisará las solicitudes recibidas después de esta fecha límite específica para esta ronda de reclutamiento.

Información de contacto

Envíe la solicitud completada a Brandy Hemsley a brandy.l.hemsley@dhsosha.state.or.us.

Si tiene preguntas o si necesita ayuda para completar las solicitudes, comuníquese con Brandy por correo electrónico o llamando al 971-239-2942.