COMPROMISO DE LA JUNTA/DECLARACIONES DE CONFIDENCIALIDAD

Antes de llenar una solicitud, queremos que sepa lo que se esperaría de usted como miembro de la Junta. Por favor, lea y coloque sus iniciales en cada declaración si está de acuerdo con la información contenida en la misma:

 (Iniciales)

|  |  |
| --- | --- |
|       | Estoy de acuerdo y estoy comprometido con la Declaración de Misión de Family Health La Clínica:*Nuestra misión es mejorar la salud y el bienestar de todas las personas en las comunidades a las que servimos.* |
|       | Estoy de acuerdo y estoy comprometido con la Declaración de Visión de Family Health La Clínica:*Individuos Sanos, Familias Fuertes, Comunidades Vibrantes.* |
|       | Estoy de acuerdo y estoy comprometido a demostrar los Valores de Family Health La Clínica: *Equidad, Honestidad, Calidad, Trabajo en Equipo, Amabilidad, Innovación y Gestión*  |
|       | Acepto participar activamente en las reuniones de la Junta y servir en al menos un comité. |
|       | Entiendo que a la Junta se le exige una asistencia regular y que es extremadamente importante mantenerse conectado e involucrado en todas las actividades de la Junta. |
|       | Me comprometo a servir aproximadamente 2-6 horas al mes. |
|       | Estoy dispuesto a promover y apoyar a Family Health La Clinica.  |
|       | Soy un usuario del servicio y/o recomendaría a otros a usar los servicios de atención médica de FHLC. |
|       | Estoy de acuerdo en no hablar acerca de información confidencial, ya sea relacionada con pacientes, empleados, negocios o información de administración, en lugares donde pueda ser escuchada por otros. También estoy de acuerdo en no hablar acerca de información confidencial en lugares públicos, incluso si no se menciona el nombre de la organización, el paciente o el empleado. Entiendo que hacerlo puede causar daños graves a la FHLC, sus pacientes y empleados. |
|       | Estoy de acuerdo en informar de inmediato todas las violaciones a la política de confidencialidad al Presidente de la Junta Directiva o al Director Ejecutivo de FHLC. |
|       | Acepto que la organización realice una verificación de antecedentes/referencias como parte del proceso de solicitud y entrevista.  |
|       | He leído y entiendo esta declaración de compromiso y confidencialidad. |

*Gracias por tomarse el tiempo para leer y colocar sus iniciales en las declaraciones anteriores.*

**Formulario de Solicitud de la Junta**

|  |
| --- |
| Nombre:       Segundo Nombre:       Apellido:       |
| Fecha de Nacimiento:       Número de Seguro Social\*\*:        |
| Dirección:       |
| Ciudad, Estado, Código Postal:       |
| Teléfono/Celular:       Correo Electrónico:       |
| Cargo actual/empleador: ¿Más del 10% de sus ingresos anuales provienen del campo del Cuidado de la Salud?       |
| ¿Cómo se enteró de la Junta de Family Health La Clínica?       |
| ¿Usted es usuario actual de los servicios de Family Health La Clinica? [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Por qué le gustaría trabajar en la Junta de Family Health La Clínica?      |
| Estamos obligados a hacer las siguientes preguntas por nuestra entidad de financiamiento de subvenciones federales. Por favor revise y marque su experiencia con los que correspondan: |
|  | **Edad/Género** |  | **Área de Especialización:** |  | **Orígen Racial o Étnico:** |
|[ ]  Masculino |[ ]  Gestión Financiera |[ ]  Asiático |
|[ ]  Femenino |[ ]  Salud |[ ]  Blanco |
|[ ]  Otro: |[ ]  Recursos Humanos |[ ]  Indio Americano/Nativo de Alaska |
|[ ]  Prefiero No Informar |[ ]  Legal |[ ]  Hispano o Latino |
|  |  |[ ]  Planificación |[ ]  Negro/Afroamericano |
|  |  |[ ]  Negocios |[ ]  Hawaiano Nativo |
|  | EDAD  |[ ]  Basado en la fe |[ ]  Otro Isleño del Pacífico |
|[ ]  65 años o más |[ ]  Sector Público |[ ]  Más De Una Raza |
|[ ]  51 – 65 |[ ]  Sin Fines de Lucro o Filantrópicos |[ ]  Prefiero No Informar |
|[ ]  36 – 50 |[ ]  Marketing |  |  |
|[ ]  18 – 35 |[ ]  Otro: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Cumplimiento de COVID-19**: FHLC exige que los miembros de la Junta estén vacunados contra la COVID-19 o tengan una exención reconocida legalmente. A los candidatos a los que se les ofrezca un puesto en la Junta Directiva se les pedirá que proporcionen una prueba de su estado de vacunación, el cual debe cumplir con los requisitos mínimos de la empresa. Se considerarán todas las exenciones religiosas, médicas u otras reconocidas legalmente con respecto al estado de vacunación. [ ]  Sí [ ]  No |
|  |
| **Cumplimiento con Medicare**: En los últimos 10 años, ¿fue condenado, se declaró culpable o no impugnó, o dio su consentimiento para una desviación previa al juicio de un delito grave o ha sido excluido de participar en el programa de Medicaid o Medicare?  [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Cuál cree que será su mayor contribución a la Junta de Family Health La Clínica?  |
|       |

¿Ha tenido alguna otra participación actual o anterior en una Junta?:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la Organización: | Cargo Ocupado: | Años: |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| Por favor comparta un breve resumen de su comunidad y experiencias de trabajo:      |

Por favor, nombre 2 referencias personales o profesionales:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: | Número de Contacto: |
|       |       |
|       |       |

¿Está relacionado con alguno de los miembros actuales de la Junta Directiva o del personal de Family Health La Clínica? [ ]  Sí [ ]  No

Si es así, ¿quién?      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al enviar esta solicitud, acepto y reconozco que, si soy seleccionado como miembro de la Junta Directiva de Family Health La Clínica, estaré comprometido a cumplir con la Misión, Visión, Valores y Plan Estratégico de la organización.

Firma: \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_Click or tap to enter a date.\_\_\_

Por favor, devuelva su solicitud a:

Laura Waldvogel Correo electrónico: laura.waldvogel@famhealth.com

 o

Family Health La Clínica

A la atención de: Laura Waldvogel, CEO

400 S Townline Road / P.O. Box 1440

Wautoma, WI 54982