



COMPROMISO DE LA MESA DIRECTIVA /DECLARACIONES DE CONFIDENCIALIDAD

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

(Iniciales)

	<p>Estoy de acuerdo y estoy comprometido con la Declaración de Misión de Noble Community Clinics:</p> <p><i>Nuestra misión es asegurar el acceso a atención sanitaria integrada de alta calidad y promover el bienestar de nuestros pacientes, personal y comunidades.</i></p>
	<p>Estoy de acuerdo y estoy comprometido con la Declaración de Visión de Noble Community Clinics:</p> <p><i>Juntos creamos individuos saludables, familias fuertes y comunidades vibrantes.</i></p>
	<p>Estoy de acuerdo y estoy comprometido a demostrar los Valores de Noble Community Clinics:</p> <p><i>Equidad, Trabajo en equipo, Respeto, Innovación, Responsabilidad y Administración.</i></p>
	<p>Acepto participar activamente en las reuniones de la mesa directiva y servir en al menos un comité.</p>
	<p>Entiendo que a la mesa directiva se le exige una asistencia regular y que es extremadamente importante mantenerse conectado e involucrado en todas las actividades de la Junta.</p>
	<p>Me comprometo a servir aproximadamente 2-6 horas al mes.</p>
	<p>Estoy dispuesto a promover y apoyar a Noble Community Clinics.</p>
	<p>Soy un usuario del servicio y/o recomendaría a otros a usar los servicios de atención sanitaria de Noble Community Clinics.</p>
	<p>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 Noble Community Clinics, sus pacientes y empleados.</p>
	<p>Estoy de acuerdo en informar de inmediato todas las violaciones a la política de confidencialidad al presidente de la Mesa Directiva o al Director Ejecutivo de Noble Community Clinics.</p>
	<p>Acepto que la organización realice una verificación de antecedentes/referencias como parte del proceso de solicitud y entrevista.</p>

	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 Mesa Directiva

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 de la industria del cuidado de la salud?					
¿Cómo se enteró de la Mesa Directiva de Noble Community Clinics?					
¿Usted es usuario actual de los servicios de Noble Community Clinics? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Por qué le gustaría trabajar en la Mesa Directiva de Noble Community Clinics?					
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:	Origen Racial o Étnico:		
<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>	Gestión Financiera	<input type="checkbox"/>	Asiático
<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>	Salud	<input type="checkbox"/>	Blanco
<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	Recursos Humanos	<input type="checkbox"/>	Indio Americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/>	Prefiero No Informar	<input type="checkbox"/>	Legal	<input type="checkbox"/>	Hispano o Latino
		<input type="checkbox"/>	Planificación	<input type="checkbox"/>	Negro/Afroamericano
		<input type="checkbox"/>	Negocios	<input type="checkbox"/>	Hawaiano Nativo
	EDAD	<input type="checkbox"/>	Basado en la fe	<input type="checkbox"/>	Otro Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/>	65 años o más	<input type="checkbox"/>	Sector Público	<input type="checkbox"/>	Más De Una Raza
<input type="checkbox"/>	51 – 65	<input type="checkbox"/>	Sin Fines de Lucro o Filantrópicos	<input type="checkbox"/>	Prefiero No Informar
<input type="checkbox"/>	36 – 50	<input type="checkbox"/>	Marketing		
<input type="checkbox"/>	18 – 35	<input type="checkbox"/>	Otro:		

*** Como condición para participar en los Programas de Medicare y Medicaid, estamos obligados a enviar actualizaciones de rutina a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CMS"), incluyendo la información de cada médico, miembro de la junta o empleado clave, incluido el nombre legal completo, el número de seguro social y las preguntas relacionadas con actividades delictivas y revocaciones de licencias/certificaciones. Las CMS por medio de este proceso se aseguran de que ningún Médico o miembro de la Mesa Directiva haya sido excluido de los programas federales. Esta información será guardada de forma segura y no se utilizará para ningún otro propósito.*

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 Noble Community Clinics?

¿Ha tenido alguna otra participación actual o anterior en una Mesa Directiva?: Sí

No

Nombre de la Organización:	Cargo Ocupado:	Años:

*** Como condición para participar en los Programas de Medicare y Medicaid, estamos obligados a enviar actualizaciones de rutina a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CMS"), incluyendo la información de cada médico, miembro de la junta o empleado clave, incluido el nombre legal completo, el número de seguro social y las preguntas relacionadas con actividades delictivas y revocaciones de licencias/certificaciones. Las CMS por medio de este proceso se aseguran de que ningún Médico o miembro de la [Mesa Directiva](#) haya sido excluido de los programas federales. Esta información será guardada de forma segura y no se utilizará para ningún otro propósito.*

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 Mesa Directiva o del personal de Noble Community Clinics? Sí No

Si es así, ¿quién? _____

Al enviar esta solicitud, acepto y reconozco que, si soy seleccionado como miembro de la Mesa Directiva de Noble Community Clinics, estaré comprometido a cumplir con la Misión, Visión, Valores y Plan Estratégico de la organización.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor, devuelva su solicitud a:
Laura Waldvogel Correo electrónico: laura.waldvogel@nobleclinics.org
o
Noble Community Clinics
A la atención de: Laura Waldvogel, CEO
400 S Townline Road / P.O. Box 1440
Wautoma, WI 54982

*** Como condición para participar en los Programas de Medicare y Medicaid, estamos obligados a enviar actualizaciones de rutina a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CMS"), incluyendo la información de cada médico, miembro de la junta o empleado clave, incluido el nombre legal completo, el número de seguro social y las preguntas relacionadas con actividades delictivas y revocaciones de licencias/certificaciones. Las CMS por medio de este proceso se aseguran de que ningún Médico o miembro de la **Mesa Directiva** haya sido excluido de los programas federales. Esta información será guardada de forma segura y no se utilizará para ningún otro propósito.*