

Solicitud para el Consejo Asesor Comunitario de la Organización de Atención Coordinada del Condado de Lane

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en una letra más grande o de otra manera que sea mejor para usted. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es sin costo. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Trillium: 877-600-5472 (TTY/TDD 711)
PacificSource: 800-431-4135 (TTY 711)

Organización de Atención Coordinada del Condado de Lane Consejo Asesor Comunitario (CAC, por sus siglas en inglés)

Información y Cómo Solicitar

¡Gracias por su interés! A continuación, podrá encontrar información sobre el CAC y de cómo solicitar.

¿Qué es una Organización de Atención Coordinada (CCO, por sus siglas en inglés)?

Una CCO ayuda a las personas asegurados de el Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés) a obtener atención médica, dental y de salud mental. El Condado de Lane tiene dos CCO: PacificSource Community Solutions y Trillium Community Health Plan.

¿Quién son los integrantes en el CAC del Condado de Lane?

- **Usuarios:** La mayoría de los integrantes del CAC deben estar asegurado por el OHP. Algunos integrantes pueden ser padres de familia, tutores legales o prestadores principales de cuidado de alguien que tiene OHP.
- **Organizaciones Comunitarias:** Otros integrantes incluyen personas que trabajan en lugares que brindan atención o que ayuda a las personas que tienen OHP.
- **Personal:** Prevención del Condado de Lane, el Consejo de Salud Comunitaria Lane, PacificSource Community Solutions y Trillium Community Health Plan trabajan juntos para poder apoyar el trabajo del CAC. (Nota: El Consejo de Salud trabaja con PacificSource para apoyar el CAC y a sus integrantes.)

¿Qué haría yo como integrante del CAC?

El CAC da ideas y sugerencias para ayudar a las COC a mejorar la salud de toda la comunidad. El CAC se enfoca en las necesidades de las personas que tienen OHP. El CAC trabaja para poder:

- Encontrar maneras de mejorar la atención médica
- Aprender sobre maneras de mantener a las personas sanas
- Guiar una Evaluación de Salud Comunitaria y adoptar un Plan de Mejoramiento de Salud Comunitaria
- Apoyar el uso de prácticas de equidad, tal como garantizar que todas las personas sean tratadas de manera justa
- Compartir recursos e información con las comunidades en el Condado de Lane

¿Cómo es establecido el CAC? ¿Cómo sería mi participación?

El CAC aboga por cambios positivos en la atención médica, y su función la define el Estado de Oregon. Las solicitudes se aceptan cada dos años, o con mayor frecuencia si los integrantes se van antes del final del periodo de los dos años.

El CAC también tiene otros grupos que trabajan en diferentes temas en la comunidad:

- **Comité de Equidad en Salud:** Garantiza que las COO brinden atención médica justa e imparcial a todas las personas que tienen OHP
- **Comité de Participación de Integrantes:** Fortalece la comunicación positiva y las relaciones entre las personas que tienen OHP y su CCO
- **Grupo de Trabajo de Prevención:** Establece y revisa planes de prevención de la salud
- **Comité Consultivo Rural:** Garantiza que las CCO tomen en cuenta y que respondan a las comunidades rurales y a sus necesidades de salud

¿Cuánto tiempo se necesitaría para poder participar?

- Por lo menos una reunión al mes. La cantidad de tiempo y el número de reuniones depende del grupo.
- Los integrantes del CAC prestan su servicio por períodos de dos años, y pueden volver a solicitar cada dos años. Un período ideal de tiempo para servir en un comité o grupo de trabajo es de 1 - 2 años.

¿Qué tipo de apoyo puedo obtener participando?

Los integrantes que tienen OHP recibirán un pequeño pago (estipendio) por su participación. Es posible que haya otros apoyos según las diferentes necesidades.

¿Cómo puedo solicitar?

Para solicitar para formar parte del CAC del Condado de Lane o de un grupo CAC, envíe su solicitud por correo electrónico o llame por teléfono a Kayla Watford, Coordinadora de Participación Comunitaria:

- **Solicitar por correo electrónico:** Kayla.Watford@lanecountyor.gov
- **Solicitar por teléfono:** 458-217-4703

Enviar la solicitud no le convierte automáticamente en un integrante. Poco después de recibir su solicitud, recibirá una llamada o un correo electrónico para hablar sobre los siguientes pasos.

¿Tiene preguntas acerca del CAC o de cómo solicitar? Llame a Kayla Watford al 458-217-4703.

Solicitud del Comité y Consejo Asesor Comunitario CCO del Condado de Lane

Su solicitud será revisada por la Coordinadora de Participación Comunitaria y por los integrantes de un Comité de Selección. Usted puede dar toda la información que desee para ayudarnos a conocerle a usted y a sus intereses.

Primer nombre legal:

Apellido legal:

Pronombres (El, ella, ellos):

Nombre utilizado / Nombre que le gusta que lo llamen:

Teléfono:

Correo Electrónico:

¿Cómo desea usted ser contactado (elijá todas las opciones que desee)? Correo electrónico
Teléfono Mensaje de texto

¿Tiene usted el Plan de Salud de Oregon (OHP), o es usted integrante de CCO?

- No
- Sí y mi CCO es PacificSource
- Sí y mi CCO es Trillium
- Sí, pero no sé quién es mi CCO (Para obtener esa información: llame al Servicio al Cliente de OHP: 800-699-9075)

¿Es usted el padre de familia, tutor legal o prestador principal de cuidado de un integrante de OHP CCO?

- No
- Sí y su CCO es PacificSource
- Sí y su CCO es Trillium
- Sí, pero no sé quién es su CCO (Llame al Servicio al Cliente de OHP: 800-699-9075)

¿Trabaja usted o es voluntario(a) en un lugar que presta servicios las personas que tienen OHP? (De no ser así, escriba 'No'. De ser así, escriba el nombre del lugar en el que trabaja y su función ahí).

Me interesa poder ser integrante de (marque todas las opciones que correspondan):

- Consejo Asesor Comunitario (CAC) CCO del Condado de Lane
- Comité de Equidad en Salud
- Comité de Participación de Integrantes
- Grupo de Trabajo de Prevención
- Comité Consultivo Rural

Cuéntanos sobre ti y tus intereses

1. Comparta por qué usted desea formar parte del CAC y lo que usted espera poder agregar.

2. La equidad en salud significa una atención médica justa y respetuosa para todas las personas. La Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) explica que la

equidad en salud existe “cuando todas las personas pueden alcanzar su pleno potencial de salud y bienestar y no se ven desfavorecidas por su raza, etnicidad, idioma, discapacidad, edad, género, identidad de género, orientación sexual, clase social, intersecciones entre estas comunidades o identidades u otras circunstancias socialmente determinadas”. ¿Por qué es importante para usted la equidad en salud? Si usted tiene experiencias o si ha visto algún problema de equidad en la salud en el Condado de Lane, por favor comparta.

3. ¿Qué experiencias de vida y destrezas (habilidades) espera usted aportar a este trabajo?

4. Comparta acerca de alguna vez que usted haya participado en un esfuerzo o proyecto comunitario. ¿Cómo fue esa experiencia para usted?

Información Demográfica

La colección de información demográfica es importante. Sabemos que pedir información demográfica de manera que refleje la diversidad de nuestra comunidad es trabajo que nunca acaba. Esta solicitud refleja las normas actuales de OHA, así como las sugerencias / comentarios de parte del Comité de Equidad en Salud del CAC. Si usted no se ve representado(a) en alguna de las preguntas, lo invitamos a utilizar la opción "other" (otra) y completar el cuadro. Esta información nos ayudará a mejorar los métodos de recopilación de datos en el futuro.

Aunque no está obligado(a) a completar esta parte de la solicitud, valoramos su opinión. Sus respuestas se mantendrán privadas. Cualquier información que usted de ayuda al CAC a tener una variedad de conocimientos, habilidades y experiencias para ayudar con este

trabajo.

1. ¿Cuál es su código postal?

2. ¿A cuál grupo de edad pertenece usted?

- 16 - 17
- 18 - 24
- 25 - 34
- 35 - 44
- 45 - 54
- 55 - 64
- 65 y mayor

3. ¿Cuál es su identidad de género?

- Mujer
- Hombre
- No binario, género *queer*, género diverso, y/o ni exclusivamente femenino o masculino
- Dos espíritus
- No lo sé
- Otra identidad (describa su género aquí):

4. ¿Qué sexo se le asignó a usted al nacer?

- Femenino
- Masculino
- Intersexual

5. ¿Se identifica usted como Transgénero?

- Sí
- No
- No sé de qué se trata esta pregunta.

6.Cuál es su sexualidad actual:

- Asexual
- Heterosexual
- Gay

- Lesbiana
- Bisexual y/o pansexual
- Cuestionando
- Queer*
- No lo sé
- Otra (describa su sexualidad aquí):

7. En qué idioma desea que:

- Le hablemos:
- Le escribamos:

8. ¿Cómo identifica usted su raza, su etnicidad, su afiliación con pueblo autónomo, país de origen o ascendencia?

9. ¿Se identifica usted como persona con discapacidad? No Sí

De ser así, por favor comparta cómo le gustaría recibir apoyo en su participación:

10. ¿Tiene usted alguna otra identidad que sea importante para usted?

¿Cómo podemos ayudar?

Queremos hacer que sea fácil que usted forme parte de estas reuniones. ¿Cuál de los siguientes apoyos le ayudaría a participar (marque todas las opciones que correspondan):

- Interpretación de idiomas

- Servicios de Transporte
- Servicios de guardería o de cuidado de adultos dependientes
- Acceso a Internet o a computadora
- Materiales impresos

¿Qué otra cosa puede apoyar su participación en este trabajo?

¡Gracias por solicitar! Nos comunicaremos con usted dentro de dos semanas.

¿Preguntas? Llame a Kayla Watford al 458-217-4703.