

Consejo de Liderazgo para Padres

Formulario de solicitud

**Información de contacto**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Dirección |  |
| Ciudad, Código postal |  |
| Teléfono |  |
| E-mail |  |
| Edades de los niños |  |

**Representación comunitaria**

*Indique en qué distrito escolar vive:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Amity |
|  |  | Dayton |
|  |  | McMinnville |
|  |  | Newberg |
|  |  | Sheridan |
|  |  | Willamina |
|  |  | Yamhill Carlton |

**Información personal**

*Indique cómo se identifica:*

|  |  |
| --- | --- |
| Edad | 0-30  31-60  61+ |
| Género |  |
| Pronombres preferidos | Ella/ella Él/él Ellos/ellos Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Raza / etnia | Latino asiático afroamericano nativo americano blanco  Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Idioma preferido | Español Inglés Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Alojamiento? | Físico Visión Audición Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Alergias, restricciones dietéticas |  |

**Persona a notificar en caso de emergencia**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono |  |

**Propósito**

¿Por qué le gustaría ser miembro del Consejo de Liderazgo para Padres? ¿Qué le gustaría lograr como miembro del comité?

**Habilidades especiales o calificaciones**

Resuma las habilidades y calificaciones especiales que ha adquirido en sus empleos, trabajo voluntario anterior, o a través de otras actividades, incluyendo pasatiempos o deportes.

**Acuerdos y Firma**

1. Al enviar este formulario de solicitud, afirmo que la información es precisa y completa.
2. También acepto firmar una declaración de conflicto de intereses; declaración de fraude, despilfarro y abuso; y un acuerdo de no divulgación (anualmente).

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre (impreso) |  |
| Firma |  |
| Fecha |  |

**Nuestra política**

Es la política de esta organización de proporcionar igualdad de oportunidades sin distinción de raza, color, religión, origen nacional, género, preferencia sexual, edad, o discapacidad.

Gracias por completar este formulario y por su interés en trabajar con Yamhill Community Care y nuestra comunidad.

**Entrega**

Envíe esta solicitud a Jenn Richter a [jrichter@yamhillcco.org](mailto:jrichter@yamhillcco.org) o envíela por correo a: 807 NE 3 rd St., McMinnville, OR 97128

**\*\*\* SOLO PARA USO DE OFICINA \*\*\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de recepción | Fecha de revisión por el Comité deNominaciones | Fecha en que la Junta actuó | Fecha de notificación del miembro |
|  |  |  |  |