

**FORMULARIO DE INTERÉS: Comité asesor del Plan de acción local sobre envejecimiento y discapacidad**

Complete este breve formulario de interés y envíelo a Kathleen Cortez a [kcortez@schsd.org](mailto:kcortez@schsd.org) antes del **30 de enero de 2024.** La Agencia del Área sobre el Envejecimiento (AAA, por sus siglas en inglés) del condado de Sonoma informará a todos aquellos que expresaron interés si han sido seleccionados para el Comité asesor a más tardar el **12 de febrero de 2024.** ¡Gracias por su interés!

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre Haga clic o toque aquí para introducir texto. | 1. Ciudad de residencia Haga clic o toque aquí para introducir texto. |
| 1. Código postal Haga clic o toque aquí para introducir texto. | 1. Teléfono Haga clic o toque aquí para introducir texto. |
| 1. Correo electrónico Haga clic o toque aquí para introducir texto. |  |

1. ¿En qué idioma prefiere comunicarse?

Inglés

Español

1. ¿Es mayor de 60 años?

Sí

No

1. ¿Se identifica con alguna de las siguientes (marque todas las opciones que correspondan)?

Latino(a)

Negro(a)

Asiático(a)

Indígena

Otro

Si marcó “Otro”, especifique Haga clic o toque aquí para introducir texto.

1. ¿Se identifica como una persona con discapacidad?

Sí

No

1. ¿Es usted cuidador o representante de personas con discapacidad?

Sí

No

1. Cuéntenos qué le interesa de ser miembro del Comité asesor del Plan de acción local sobre envejecimiento y discapacidad (LADAP, por sus siglas en inglés). Haga clic o toque aquí para introducir texto.
2. ¿Podrá comprometerse a participar en una reunión virtual de dos horas todos los meses desde **enero de 2024 hasta marzo de 2025** (15 meses) [Nota: Podrá ausentarse de hasta 2 reuniones si es necesario]?

Sí

No

1. ¿Necesita adaptaciones (p. ej., interpretación, accesibilidad)?

Sí

No

En caso afirmativo, describa Haga clic o toque aquí para introducir texto.