

**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 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.