



Consejo de Planificación del Programa Ryan White Oficina de Apoyo

Teléfono: 832-927-7926 ♦ rwpchouston.org

SOLICITUD DEL PROYECTO VIDA, CLASE DE 2023

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

FECHA: _____

NOMBRE: _____ APODO: _____ APELLIDO: _____

DIRECCIÓN: _____ N.º APTO./UNIDAD: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Si corresponde: EMPLEADOR: _____

PUESTO/CARGO: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿Podemos comunicarnos con usted en el trabajo? No Sí

FORMA DE COMUNICACIÓN PREFERIDA: Teléfono residencial Teléfono celular Correo electrónico particular Teléfono de trabajo Correo electrónico de trabajo

• ¿Ha estado alguna vez en el Project LEAP? No Sí, pero no me gradué Sí, me gradué Año: _____*

* Si se graduó, ¿fue nombrado para el Consejo de Planificación del Programa Ryan White? No Sí No sé

CONTACTO DE EMERGENCIA (opcional):

NOMBRE: _____ RELACIÓN CON USTED: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

LA DEFINICIÓN DE SERVICIO DEL PROYECTO VIDA REQUIERE LA RECOPIACIÓN DE CIERTA INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA SOBRE TODOS LOS SOLICITANTES. ESTA INFORMACIÓN NO SERÁ UTILIZADA PARA NINGÚN OTRO PROPÓSITO QUE NO SEA PARA LA SELECCIÓN DE PARTICIPANTES DEL PROYECTO VIDA.

Por favor, marque una casilla para cada elemento a continuación:

Género: Hombre Mujer Transgénero/Con disconformidad de género

Raza/Etnia: Caucásico/No hispano Negro/No hispano Hispano/Latin(o/a/x)
 Asiático-estadounidense Isleño del Pacífico Nativo americano/Nativo de Alaska Otro

Edad: Menor de 18 años 18 – 24 25 – 34 35 – 44 45 – 49 Más de 50

LA DEFINICIÓN DE SERVICIO DEL PROYECTO VIDA REQUIERE QUE LA OFICINA DE APOYO DOCUMENTE LA CONDICIÓN RESPECTO AL VIH DE LOS SOLICITANTES. SE LE PREGUNTARÁ SOBRE SU CONDICIÓN RESPECTO AL VIH DURANTE LA ENTREVISTA DE SOLICITUD. ESTA INFORMACIÓN NO SERÁ UTILIZADA PARA NINGÚN OTRO PROPÓSITO QUE NO SEA PARA LA SELECCIÓN DE PARTICIPANTES DEL PROYECTO VIDA. USTED PUEDE NEGARSE A PROPORCIONAR ESTA INFORMACIÓN.

¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROYECTO VIDA? *Por favor, marque todo lo que corresponda:*

- Nombre de la persona que lo refirió (opcional):** _____
- Administrador de casos/Trabajador social Educador/Agente de divulgación Facebook/Otras redes sociales
- Lista de distribución de correo electrónico Amigo/Familiar Volante Antiguo estudiante del Project LEAP
- Feria o evento de salud Medios de comunicación (por ejemplo, revistas, periódicos)
- Miembro* del Consejo de Planificación o del CPG *Personal* del Consejo de Planificación o del CPG
- Otro: _____
- En una agencia; por favor, especifique: _____

PREGUNTAS DE LA SOLICITUD:

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE LAS SOLICITUDES DEL PROYECTO VIDA SE CONSIDERAN DOCUMENTOS PÚBLICOS. POR LO TANTO, CUALQUIER INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE A CONTINUACIÓN, INCLUYENDO LA CONDICIÓN RESPECTO AL VIH U OTRA INFORMACIÓN DE SALUD O PERSONAL, PUEDE SER CONSULTADA POR PARTICULARES QUE LO SOLICITEN.

1. Por favor, cuéntenos sobre usted, incluyendo cualquier experiencia que tenga trabajando o desempeñándose como voluntario en la comunidad con VIH.

2. ¿Por qué quiere estar en el Proyecto VIDA?

3. El Proyecto VIDA se reúne semanalmente a lo largo de 14-17 semanas durante cuatro (4) horas cada semana, iniciara en agosto 2023. ¿Puede asistir al horario de clases del Proyecto VIDA?

- Sí No

Por favor, devuelva su formulario de solicitud completo a:
Consejo de Planificación del Programa Ryan White Oficina de Apoyo
c/o Tori Williams 1809 W. 14 ½ Street 77008-3401
Fax: 713-572-3740 Correo electrónico: rodriga.avila@harriscountytexas.gov

Las solicitudes deben presentarse antes de las 5:00 pm del viernes 7 de julio de 2023. Si se desea postularse después 7 de julio, por favor llame a la Oficina de Apoyo al 832-927-7926.

Se requiere una entrevista en persona (virtual) con el personal de la Oficina de Apoyo. Las entrevistas se programarán a medida que se reciban las solicitudes. Se notificará a los solicitantes si han sido aceptados o no en la clase a finales de julio.