GCHD
GRANT COUNTY HEALTH DISTRICT

1038 Вест Айви, Люкс 1
Озеро Мозес, Вашингтон, 98837

Заявление о назначении в Совет здравоохранения

GCHD управляется Советом здравоохранения округа Грант, который состоит из избранных и назначенных на местном уровне жителей округа, представляющих сообщества и сектора со всего округа Грант. Совет имеет широкие юридические полномочия и ответственность за защиту здоровья населения и обеспечение соблюдения различных местных, государственных и федеральных законов и правил. Их полномочия указаны в Пересмотренном кодексе штата Вашингтон (RCW 70.05.060).

Благодарим вас за интерес к работе в Совете здравоохранения округа Грант. Пожалуйста, заполните это краткое заявление, чтобы предоставить Совету здравоохранения округа Грант и Совету уполномоченных округа достаточную информацию для записи на прием в Совет здравоохранения округа Грант. Обратите внимание, что заявки должны быть поданы в медицинский округ округа Грант до 29 апреля 2022 года.

ИМЯ: (господин, госпожа, госпожа)_____

ДОМАШНИЙ АДРЕС:_____
(Количество) (Улица) (Квартира №)
ГОРОД: _____

ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: _____

ТЕЛЕФОННЫЕ НОМЕРА: _____/_____/_____
(мобильный) (Бизнес) (Другое - указать)

ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА: _____
ФАКС:_____

ЖИТЕЛЬ ГРАНТОВОГО ОКРУГА: ДА____ НЕТ____ Если да, то количество лет: _____

Готовы ли вы посещать ежемесячные собрания в Moses Lake или удаленно через Zoom, которые запланированы на вторую среду месяца в 18:00?
ДА НЕТ____

На какую область представительства вы претендуете? (Пожалуйста, выберите только одну область):

1. **Орган общественного здравоохранения, представитель или поставщик медицинских учреждений:** ☐

“Общественное здравоохранение, медицинские учреждения и поставщики” означает категорию лиц, практикующих или работающих в округе или медицинском округе, которые:

- Специалисты по медицинской этике
- Эпидемиологи
- Имеет опыт работы в области охраны окружающей среды
- Работники общественного здравоохранения
- Обладатели степени магистра или выше в области общественного здравоохранения или другой области с акцентом или концентрацией на здравоохранении, общественном здравоохранении или политике в области здравоохранения.
- Работники больницы, расположенной в округе

Любой из следующих поставщиков, имеющих действующую или отозванную лицензию с хорошей репутацией в соответствии с разделом 18 RCW:

- Врачи или врачи-остеопаты
- Продвинутые зарегистрированные практикующие медсестры
- Помощники врача или помощники врача-остеопата
- Зарегистрированные медсестры
- Стоматологи
- Натуропаты
- Фармацевты

2. Потребитель услуг здравоохранения:

"Потребители услуг общественного здравоохранения" означает категорию лиц, состоящую из жителей округа или медицинского округа, которые идентифицировали себя как столкнувшихся со значительными несправедливостями в отношении здоровья или как имеющие личный опыт участия в программах, связанных с общественным здравоохранением.

3. Другая заинтересованная сторона сообщества:

"Другие заинтересованные стороны сообщества" означает категорию лиц, представляющих следующие типы организаций, расположенных в округе Грант:

- Общественные организации или некоммерческие организации, работающие с населением округа, испытывающим несправедливость в отношении здоровья.
- Действующие, резервные или отставные военнослужащие.
- Деловое сообщество.
- Экологическое общественное санитарно-регулируемое сообщество.

Перечислите любое обучение, образование или опыт, которыми вы обладаете, которые поддерживают репрезентативную область, которую вы выбрали выше.

Опишите любую дополнительную информацию, которой вы хотите поделиться, о том, почему вы могли бы стать ценным членом Совета здравоохранения округа Грант.

Что конкретно вы привносите в эту Совет и как это способствует общему функционированию доски?

Перечислите и опишите любые общественные мероприятия, в которых вы участвовали.

Вы когда-нибудь работали в каком-либо другом совете или комиссии? Если да, укажите город, штат, даты и название совета или комиссии:

Название правления или комиссии	Город	Состояние	Даты обслуживания

Перечислите 3 рекомендации, которые могут подтвердить вашу квалификацию для желаемого назначения:

Ссылка № 1:
ИМЯ:_____
АДРЕС:_____
НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ЗВОНКОВ
ДНЕМ:_____

Ссылка № 2:
ИМЯ:_____
АДРЕС:_____
НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ЗВОНКОВ
ДНЕМ:_____

Ссылка № 3:
ИМЯ:_____
АДРЕС:_____
НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ ЗВОНКОВ
ДНЕМ:_____

Обратите внимание, что RCW 70.05.060 обязывает лиц, занимающих определенные должности и должности в государственных и местных органах власти, включая назначения в советы и комиссии, пройти обучение по Закону об открытых публичных записях в течение 90 дней после избрания или назначения.

Когда в совете появится вакансия на должность, на которую вы имеете право, ваше заявление будет передано в Совет здравоохранения округа Грант. Правление рассмотрит и может дать рекомендацию Совету уполномоченных округа Грант для назначения. Совет по здравоохранению или Совет уполномоченных графства могут пожелать провести собеседование.

Отобранный заявитель будет выполнять срок назначения, которое было освобождено. Срок полномочий членов Совета здравоохранения округа Грант составляет 1–2 года, который может быть продлен по усмотрению члена и Совета здравоохранения..

Как претендент на указанную выше должность в Совете здравоохранения округа Грант, я настоящим отказываюсь от своего права на неприкосновенность частной жизни в отношении информации, содержащейся в моем заявлении и любых прилагаемых к нему подтверждающих

документах. Совет комиссара округа Грант и район здравоохранения округа Грант, его должностные лица или сотрудники уполномочены сделать мое заявление и подтверждающие документы доступными для всеобщего ознакомления, включая проверку представителями прессы и средств массовой информации.

Ваша подпись:_____
Дата:_____

Заявки принимаются до 29 апреля 2022 года.По завершении отправьте форму по электронной почте на адрес tadkinson@granthealth.org. Или отправьте форму по адресу 1038 W Ivy STE 1, Moses Lake, WA 98837. Заявки будут храниться в течение одного года. Если у вас есть какие-либо вопросы о процессе или Совете здравоохранения округа Грант, отправьте их по адресу info@granthealth.org.