

**CONCEJO COMMONWEALTH SOBRE LAS DISCAPACIDADES DE
DESARROLLO**



Defensores del cambio

Solicitud de interés

NOMBRE		DOMICILIO	
CIUDAD	CONDADO	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DE FAX	FAX	

GRUPO RACIAL O ÉTNICO Y GÉNERO

<input type="checkbox"/>	Blanco	<input type="checkbox"/>	Hispano o Latino	<input type="checkbox"/>	Mujer
<input type="checkbox"/>	Afro-americano o Negro	<input type="checkbox"/>	Indio americano o nativo de Alaska solo	<input type="checkbox"/>	Hombre
<input type="checkbox"/>	Asiático solo	<input type="checkbox"/>	Otro (describa)		

REPRESENTACIÓN

¿A quién representa? Por favor, marque todos los que aplican.

<input type="checkbox"/> Persona con discapacidad de desarrollo (DD)	<input type="checkbox"/> Padre o madre de hijo/a mayor de edad con discapacidad de desarrollo
<input type="checkbox"/> Padre o madre de un niño con discapacidad de desarrollo	<input type="checkbox"/> Organización sin fines de lucro
<input type="checkbox"/> Pariente, padre o tutor de una persona con discapacidad de desarrollo que vive o ha vivido en una residencia.	<input type="checkbox"/> Organización local no gubernamental
	<input type="checkbox"/> Otro

CUÉNTENOS DE USTED

Si usted es una persona con discapacidad de desarrollo (DD), por favor, describa su discapacidad.

Si usted es una persona con discapacidad de desarrollo, ¿que adaptaciones se requerirían para poder participar, si hay?

Si usted es padre o madre de un/a hijo/a con discapacidades de desarrollo, por favor, escriba su(s) edad(es) y discapacidades:

¿Por qué quiere formar parte del Concejo Commonwealth sobre Discapacidades de Desarrollo?

¿Qué aptitudes/fortalezas/talentos aportaría usted al concejo?

¿Cuáles son sus preocupaciones o intereses específicos con respecto al tema de las discapacidades?

Por favor, escriba cualquier experiencia o empleo que tiene o ha tenido con las organizaciones comunitarias, organizaciones para las discapacidades o los tipos de experiencia que tiene o ha tenido en la defensa de las personas con discapacidades, e indique cualquier cargo directivo que ha ocupado.

¿PUEDE COMPROMETERSE A POR LO MENOS 4 REUNIONES DE DOS DÍAS DE DURACIÓN CADA AÑO?

_____ Sí – se necesita saber las fechas y ubicaciones con anticipación para poder acomodar la programación de otras fechas

_____ Quizás – se necesita saber las fechas y ubicaciones con anticipación, sin embargo, es posible que otras obligaciones tengan prioridad

_____ No- si la respuesta es no, por favor, explique a continuación

“Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanos considerados pueda cambiar el mundo. Verdaderamente, eso es lo único que lo ha logrado.”- *Margaret Meade*

Los miembros del concejo participan con múltiples comités. ¿Qué tan involucrado/a desea estar con los temas del concejo?

_____ **Muy involucrado/a**- alto nivel de participación, disponible para las reuniones del concejo y las actividades adicionales.

_____ **Un poco involucrado/a**- disponible para las reuniones del concejo, pero es limitado el tiempo fuera de esas reuniones.

Se anima a los miembros de concejo a que participen en todos los debates del Concejo. En muchas circunstancias, se espera que los miembros del Concejo presenten información a los demás miembros del Concejo, legisladores y otras personas. ¿Cuál es su nivel de comodidad para hablar ante grupos y cumplir con estas expectativas?

_____ **Muy cómodo/a**- Disfruto participar en grupos y quisiera tener experiencia haciendo presentaciones ante grupos.

_____ **Cómodo/a**- Es aceptable la participación en grupos, pero prefiero no hacer presentaciones

_____ **Incómodo/a**- Me gusta grupos de trabajo pequeños, pero no dar presentaciones.

El Gobernador de la Commonwealth de Kentucky nombra a los miembros del concejo. Además de la solicitud de interés al Concejo, los miembros potenciales deberían entregar una solicitud a la Oficina de concejos y comisiones del gobernador. Los miembros del concejo sirven como voluntarios para el Concejo y deben cumplir con toda regulación y norma ética de la Commonwealth. El Concejo es un programa fundado por subvención federal de acuerdo con la Ley pública 106-402, la Ley DD de 2000.

Espacio adicional: utilice este espacio para terminar cualquier pregunta o adjunte hojas adicionales

Firma: _____ Fecha: _____

Favor de devolver la solicitud por correo o fax al utilizar la información de contacto a continuación:

CCDD 656 Chamberlin Ave, Suite C Frankfort, KY 40601

Fax: 502-564-982

“Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanos considerados pueda cambiar el mundo. Verdaderamente, eso es lo único que lo ha logrado.”- *Margaret Meade*

Versión 13.6.18

COMMONWEALTH DE KENTUCKY
 INFORMACIÓN PARA LOS CONCEJOS Y COMISIONES

Devuelva el formulario completo a:
 Brett Gaspard, Director ejecutivo
 Oficina de concejos y comisiones del gobernador
 Suite 132, State Capitol
 Frankfort, KY 40601
 (FAX 502/564-2647)

Por favor, indique los concejos o comisiones que desea considerar

Discapacidades de desarrollo, el Concejo Commonwealth sobre

Por favor, entregue un resumen actualizado con la solicitud

Su nombre (Apellido, nombre, segundo nombre) Sr. Srta. Sra.		*Condado	*Distrito congresal	* Distrito de Corte Suprema
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal	
Fecha de nacimiento y número de seguro social		*Afiliado al partido político: Dem. Rep. Ind. (Subraye uno)		Raza
Su ocupación	Teléfono y número de fax de su trabajo		Teléfono de casa	
Dirección de correo electrónico			Teléfono celular	
Empleador actual	Dirección de trabajo			
Nombre de esposo/a	Empleador de esposo/a			

EDUCACIÓN Y CUALIFICACIONES GENERALES:

Nivel	Nombre de escuela	Cantidad de años que asistió	¿Se graduó?	Carrera(s)
Preparatoria				
Universidad/Otro				
Membresías en Organizaciones. También, indique puestos actuales con partidos u organizaciones políticas. Indique cualquier cargo público que actualmente ocupa.				

¿ALGUNA VEZ HA SIDO DECLARADO CULPABLE DE UN DELITO? _____ SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR, INDIQUE EL CARGO, LA FECHA Y LUGAR.

Al firmar a continuación, entiendo que la Oficina del gobernador puede llevar a cabo una revisión completa de mis antecedentes y por la presente autorizo tal investigación.

REFERENCIAS (Escriba los nombres de dos personas que no son parientes suyos, que ha conocido desde hace al menos un año)

Nombre	Dirección	Teléfono	Años que se conocen

***Necesario para ciertos concejos para cumplir con la ley estatal en cuanto al equilibrio**

FECHA: _____ FIRMA: _____