



Family Health
La Clinica

Solicitud - Miembro del consejo de administración

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del trabajo: _____ Número de teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Ocupación/Profesión: _____

Es usted (seleccione todos los que aplican):
estacional **Representante de una agencia** **Paciente o cliente FHLC** **Trabajador(a) agrícola migrante o**
¿Cómo conoce a Family Health La Clinica? **Representante de la comunidad** **Otro:** _____

¿Por qué quiere ser consejo de administración? _____

En su opinión, ¿cuáles son las necesidades de salud más importantes en nuestra comunidad?

¿Cómo cree que FHLC podría mejorar estas necesidades de salud? _____

¿Ha sido miembro de un consejo de administración? **Yes** **No** ¿Cómo un director? **Yes** **No**

¿Qué consejo de administración y puesto? _____

Como consejo de administración de FHLC, ¿cómo mejorará la comunidad? _____

La Junta Directiva de FHLC se reúne el cuarto jueves de cada mes de 6:00 a 7:30 p.m., virtualmente o en la clínica Wautoma.
 ¿Puede comprometerse a asistir al menos al 80% de todas las juntas, comités y reuniones especiales? **Yes** **No**

Si un empleado de FHLC le remitió a usted, por favor escriba el nombre aquí:

Por favor devuelva la solicitud completada a:

Cualquier sitio de Family Health La Clínica (en recepción)

Por correo electrónico: laura.waldvogel@famhealth.com

Por correo: Family Health La Clinica, Attn: Laura Waldvogel, PO Box 1440, Wautoma, WI 54982

O se encuentra la solicitud en línea: www.famhealth.com/our-leadership